

# Revista **Nuevos Tiempos**

Medellín (Colombia), Vol. 27. No. 2. Julio - Primer semestre 2022

## Aprender las lecciones de la pandemia: una prioridad global

Pág. 5



# Revista **Nuevos Tiempos**

Medellín (Colombia), Vol. 27, No. 2, Julio - Primer semestre 2022

**Aprender  
las lecciones  
de la pandemia:  
una prioridad global**

**Pág. 5**



# Revista **Nuevos Tiempos**

Vol. 27. No. 2. Julio – Primer semestre 2022

**La revista Nuevos Tiempos es una publicación de la COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA –COHAN–**

**Gerente General:**

Jamel Alberto Henao Cardona.

**Consejo de Administración:**

Juan Carlos Rico Vinasco, Héctor Alonso Duque Aristizabal, Mauricio Antonio Toro Zapata, Diego Alfonso Montoya Grajales, Martha Cecilia Castrillón Suárez, Astrid Viviana Carvajal Zapata, Claudia María Calderón Rueda, Juan de Jesús Arroyave Ocampo, Juan Carlos Zuluaga Tobón, Paulo Andrés Gutiérrez Muñoz.

**Junta de Vigilancia:**

Margarita María Monsalve Londoño, Jorge Iván Valencia Bedoya, Beatriz Elena Moreno Nanclares, Jonathan Vega Montoya, Isauro Barbosa Aguirre, Jairo Norberto Machuca Teherán.

**Comité de Educación:**

Virginia Esperanza Rentería Ledezma, Juan Carlos Guzmán Noreña, Elizabeth Suarez García, Carlos Alberto Arroyave Zuluaga.

**Comité de Solidaridad:**

Diego León Cardona González, Gedwin Valencia Ramos, Paula Andrea Ángel, Claudia Lucia Barrera Agudelo.

**Politécnico COHAN Ciencias de la Salud**

Jorge Augusto Valencia Valencia.  
Rector

**Comité Editorial:**

Jamel Alberto Henao Cardona, Jorge Augusto Valencia Valencia, Juan Carlos Arboleda Zapata.

**Coordinación editorial:**

Juan Carlos Arboleda Zapata.

**Diseño e impresión:**

COOP IMPRESOS

**Periodicidad:**

Semestral

**Correspondencia, suscripción y canje:**

Revista Nuevos Tiempos, Cooperativa de Hospitales de Antioquia –COHAN– dirección: Carrera 48 No. 24 – 104, Medellín, Colombia, PBX: 605 4949, e-mail: gerencia@cohan.org.co.

**Los autores son responsables del contenido de cada uno de los artículos y no representan la opinión de COHAN.**

*En COHAN somos responsables con el medio ambiente, por ello nuestra revista Nuevos Tiempos es realizada en papel ecológico 100% de caña de azúcar.*

# TABLA DE CONTENIDO

## EDITORIAL

- Aprender las lecciones de la pandemia: una prioridad global ..... 5  
*Jamel Alberto Henao Cardona*

## OPINIÓN

- Comercio, economía y pandemia ..... 7  
*Jorge Andrés Ramírez*

- ¡1, 2, 3 Silencio! Por una cultura de UCI silenciosas en Colombia ..... 13  
*Luis Rafael Moscote-Salazar*

- “Los falsos dilemas entre salud y economía” ..... 15  
*Marco Akerman*

- Reflexiones en torno a las dinámicas del comercio y la alimentación,  
antes y durante la pandemia ..... 21  
*Celeste Nessier*

- Reorganización de los servicios de salud en el mundo pospandemia ..... 28  
*Luis Alberto Martínez Saldarriaga*

- Retos de la atención primaria en salud: experiencias aprendidas, Costa Rica..... 32  
*María Del Rocío Sáenz Madrigal*

- Sistema Único de Salud y la Atención Primaria en Salud  
en Brasil durante y después de pandemia ..... 36  
*Ligia Giovanella*

- Tensiones y conflictos globales en el contexto de la pandemia por COVID-19..... 42  
*Juan Eduardo Guerrero*

- Una visión desde el derecho internacional ..... 48  
*Carlos Ernesto Rodríguez Andrade*

- Contrastes de la solidaridad global y la soberanía sanitaria..... 54  
*Joan Benach*

**Indicaciones para los autores**

**Cupón de suscripción**



## Aprender las lecciones de la pandemia: una prioridad global



**Jamel Alberto Henao Cardona<sup>1</sup>**

trabajo, los sistemas educativos, la apertura de fronteras, en general, a todas las actividades humanas.

Pero también la pandemia de COVID-19 ocasionada por el Sars-Cov2 ha tenido otras implicaciones. Una aceleración de procesos que si bien ya habían dado pasos importantes, aun se encontraban en fases iniciales, la telemedicina y tele-asistencia son un buen ejemplo, pero existen otros, el tele-trabajo como opción laboral real, la tele-educación, aunque en este campo está por evaluar el impacto que tiene la pérdida de la presencialidad en la calidad del aprendizaje, ante todo en los ciclos básicos; se potenció la utilidad de internet en la vida diaria, y como dejar por fuera la capacidad de la ciencia en el campo farmacéutico para la búsqueda rápida y urgente a las necesidades de las personas.

Pero también se desnudaron problemas graves. La incapacidad de los sistemas de salud de la mayoría de los países para reaccionar con la prontitud necesaria ante emergencias de grandes dimensiones; la falta de solidaridad entre los países desarrollados y el tercer mundo para implementar una solución global a un problema que de no resolverse en todas las latitudes, mantiene el peligro latente sobre todos, el acceso a las vacunas lo demuestra; la necesidad de establecer límites claros y parámetros de acción

La historia registrará el inicio del siglo XXI con una pandemia como principal fenómeno sobre la humanidad. Y no es que no se hayan dado otras situaciones similares, incluso en años relativamente recientes, EL VIH, por ejemplo, sino porque en esta oportunidad la afectación fue a una escala mayor que superó las implicaciones sobre la salud y se extendió a la vida social, el comercio, las relaciones internacionales, el

---

<sup>1</sup> Gerente General Cooperativa de Hospitales de Antioquia, COHAN

entre derechos tan fundamentales como el derecho a la salud y las libertades individuales; entre otros.

De ahí la importancia y pertinencia de que la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia asumiera como temática central de su XII Congreso Internacional de Salud Pública la reflexión sobre una salud global, hoy un ejercicio más urgente que nunca. Considerando la trascendencia del tema, COHAN Cooperativa de Hospitales de Antioquia y el Politécnico COHAN Ciencias de la Salud en alianza con la facultad, publican en esta edición (y en la próxima) de la Revista NUEVOS TIEMPOS, las exposiciones realizadas por un calificado grupo de expertos internacionales durante las sesiones del Seminario Salud Global, evento preparatorio del congreso, con el fin de difundir y dejar un registro impreso de los análisis efectuados desde diferentes visiones sobre lo que ha sido la pandemia del COVID-19 en distintos ámbitos del quehacer humano.

En esta edición de NUEVOS tiempos se incluyen análisis de cómo se manejó la pandemia en países como Brasil, una mirada a sistemas que la enfrentaron de manera exitosa como Costa Rica, la relación entre comercio economía y pandemia, el papel que han jugado los modelos

de gobernanza ante la crisis, se dan puntadas sobre la importancia de pensar en un sistema de salud global para enfrentar potenciales pandemias futuras, y se revisa la solidaridad global en la actual coyuntura.

Adicionalmente, se incluye una interesante reflexión sobre la importancia del silencio en las unidades de atención hospitalarias, específicamente en las UCI, las que tomaron especial importancia durante estos meses.

Con estos artículos, NUEVOS TIEMPOS invita a la reflexión sobre un problema que nos ha marcada durante ya más de dos años, pero que ante todo nos debe dejar enseñanzas para afrontar el futuro y corregir rumbos.



**Jamel Alberto Henao Cardona**  
Gerente General





## Comercio, economía y pandemia

Jorge Andrés Ramírez<sup>1</sup>

Para entender lo que está sucediendo en relación con la pandemia ocasionada por el COVID-19, tenemos que retomar la definición de la seguridad social.

Una postura clásica plantea que es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular, en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, maternidad o pérdida del sostén familiar (OIT, 2001). Desde esta definición se entiende en general como la forma en que la sociedad le responde a las personas que tienen algún tipo de dificultad o problemas de la vida misma, para generar los propios recursos.

En esa medida, la seguridad social implica una serie de sistemas y de acciones que se dan

a lo largo del ciclo vital, abarcando entonces la maternidad, el cuidado de los niños, la discapacidad, algún tipo de enfermedad, el desempleo, la pérdida del cuidado médico, y bajo esta perspectiva, la pandemia lo que hizo fue estresar al máximo todos estos sistemas de manera tanto directa como indirecta y poner a prueba, en el fondo, cómo cada país o región, le da importancia a la seguridad social, clasificada en diferentes niveles.

Y esto se da en un mundo globalizado en donde, también, por una, definición clásica se habla de la interacción entre la gente, los pueblos con sus gobiernos y las empresas o transnacionales, todo mediado por dos fenómenos, que son principalmente el comercio internacional y el flujo de la información. Esto puesto en el contexto de la pandemia, quiere decir que esta

<sup>1</sup> Médico, jefe del programa de salud global - Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile - Santiago de Chile.



se presentó en un mundo globalizado, y eso tiene varias implicaciones.

La pandemia ha tenido diversos comportamientos en las diferentes regiones. A nivel mundial presenciamos un aumento constante de los casos diarios, con un valle alrededor de febrero de 2021, pero, en general, los casos mostraron durante muchos meses una tendencia al aumento. Pero cuando se observa Suramérica, el aumento también se ha presentado pero con una pendiente mucho mayor.

Cuando se observa desde la perspectiva de los fallecimientos, Suramérica también se ve especialmente afectada frente a regiones como Europa, si hacemos la comparación desde el inicio de la pandemia se encuentra que frente a África o Asia y la India, que han tenido momentos más complejos, de nuevo Suramérica resulta bastante afectada.

También desde una visión clásica las formas de responder a una pandemia pueden ser divididas en las estrategia de control, para reducir la incidencia o prevalencia, especialmente ante las enfermedades infecto-contagiosas, o buscar la eliminación, tratar de llevar a cero en un país o una región (como sucedió en el caso del sarampión) siendo estas las principales estrategias aunque con algunas otras subclasificaciones, como la mitigación (pandemia de influenza) de supresión o llevarlo al mínimo (VIH) o la completa erradicación como con el caso exitoso de la viruela en el mundo.

Cuando se va un poco más a lo específico y se suman algunas evidencias de mediano plazo, luego de año y medio de evolución de la actual pandemia de COVID-19, se observa que los países al seleccionar estrategias deben hacer varias cosas: medir bien la amenaza; y para eso se necesita tener un sistema que permita contar casos, la severidad, detectar las brechas que se tienen, y desde allí se eligen estrategias que se

orientan con acciones específicas, y ahora muy conocidas como el distanciamiento social, el uso de mascarillas, la reconversión o ampliación de la oferta del sistema de salud, los confinamientos o cuarentenas, y las vacunas, además, se tiene que mantener una vigilancia para controlar y hacer el ajuste fino de las actividades que se realicen, aparte de comunicar, principalmente hacia la población, los riesgos y, finalmente, coordinar la acción intersectorial.

En la actual pandemia encontramos algunos países que adoptaron una estrategia de exclusión, ante todo islas pequeñas del Pacífico, o de eliminación, y que han llevado prácticamente a cero los casos, como gran parte de China, Taiwán, Nueva Zelanda; lo que se ha visto es que los países que han adoptado este tipo de estrategia en general han tenido un retorno a una nueva normalidad en unos dos a tres meses, pero han tenido que mantener las fronteras cerradas hasta la introducción de una vacuna lo suficientemente efectiva.

Por otro lado, hay un grupo de países que han optado por una estrategia de supresión y que se puede describir como una respuesta escalonada que intenta disminuir de manera significativa los casos y los brotes. Esta ha sido la estrategia principal en Europa, y lo que ha pasado en esos países es que han tenido que mantenerse, aproximadamente, año y medio, prolongando las estrategias de control hasta la introducción de las vacunas.

Finalmente, hay un grupo de países que se han ido más por el lado de la mitigación, que consiste en aplanar la curva con el objetivo de no colapsar los servicios de salud y proteger a la población más vulnerable. Hay que reseñar que también existe un grupo de países que no han podido tener una estrategia coordinada y que son países de muy bajos recursos. Ellos, durante la duración de la pandemia, han visto su avance



y esperan que pueda revertirse una vez que la vacunación opere.

Ahora bien, cuando miramos el comportamiento en un grupo de países de capacidad de recursos importantes, entre los que optaron por la eliminación, (ir a cero COVID), y los que se decidieron por la mitigación, en indicadores como el número de muertes hay una gran diferencia: en los que optaron por la eliminación tienen un mayor éxito sanitario comparados con aquellos que no lo hicieron; en cuanto a la caída del PIB, indicador que nos sirve para ver la respuesta de los países, las dinámicas son similares entre los dos grupos de países, pero la caída del PIB es más importante en los que optan solo por la mitigación, y al mediano y largo plazo, los países que le apuntaron a la eliminación muestran mejores resultados.

Otro elemento es que, quienes optaron por la eliminación tuvieron que hacer cuarentenas mucho más estrictas pero por un periodo de tiempo más corto, y en el largo plazo se han mantenido drásticos con otras medidas menores.

Visto desde la perspectiva de los países que protegen a su población, pero teniendo un número de fallecimientos significativamente mucho menor que otros, y que además protegieron a su economía teniendo una caída menor del 5 % del PIB, en este caso se puede decir que países que expusieron a su población y economía, como el Reino Unido, que tuvo una gran caída durante 2020 de su PIB a expensas de una gran mortalidad.

En Latinoamérica se calcula que en 2020 la caída del PIB fue alrededor del 7.5 % con una recuperación del 4 % para 2021, gran parte de esa recuperación tiene que ver con el gasto fiscal. Aquí hay una gran diferencia entre los países en el gasto o la ausencia de regulación de impuestos y en los préstamos y subsidios a la economía; varían mucho como porcentaje del PIB.

La situación de los casos nuevos en Chile, Colombia y Brasil, llega a cifras similares, pero con recorridos diferentes. Esta situación es similar en todos los países, el COVID se convierte de lejos en la primera causa de muerte en 2020 y 2021, desplazando las enfermedades habituales como las coronarias, y el cáncer.

Cuando se ven los casos y muertes, y la disminución de la movilidad por nivel socioeconómico, en un estudio realizado en Santiago de Chile, la región metropolitana con alrededor de ocho millones de habitantes, se ven cosas que se esperan, como que el número de fallecimientos es mucho mayor en las comunas que tienen un nivel socioeconómico más bajo, y lo mismo ocurre con lo que significan las medidas de confinamiento, las comunas con un nivel socioeconómico mayor pueden disminuir su movilidad hasta en un 70 %. Otra forma de ver esta situación es cuando se le pregunta a las familias cuántas personas tuvieron que salir a trabajar a pesar del confinamiento, se observa que los hogares de mayor nivel socioeconómico manifiestan que ninguna persona tuvo que salir a trabajar. Ese porcentaje cae a un cuarto en los hogares de menor nivel socioeconómico, reforzando así la idea de que estas medidas poblacionales no son iguales para todos.

Lo mismo se puede decir de la crisis de los ingresos. La mitad de las personas refirió que sus ingresos habían disminuido mucho, pero un 72 % respondió de esta forma en los hogares de menor ingreso.

En cuanto a las vacunas, la cobertura ha sido bastante disímil, pero antes hay que reflexionar sobre ellas como un bien de uso público. Las vacunas dentro de la diplomacia en la salud global, se han ubicado en una especie de fiebre por los rankings y la competencia entre los países, existe un marco para analizar por qué ocurren estos manejos. Por un lado están las instituciones y actores que están envueltos en el ambiente político, de la tradición de las políticas públicas internacionales con todas sus características específicas en cada tema en particular. Y en este caso, las vacunas han sido interpretadas como un tema de alcance nacional que llevan al país a una recuperación muy rápida

desde la perspectiva económica, y que en el fondo se transforma en una competencia más entre muchas otras.

Entonces, en este balance de las relaciones internacionales se encuentra una habitual contraposición entre el realismo y el constructivismo y vemos que por el lado de la colaboración internacional, sabemos que lo que le conviene al mundo para detener esta pandemia tiene que ver con el avance de la inmunización en todos los países de manera armónica, y no que un país complete su vacunación al 100 % de su población, pero mientras tanto esté rodeado de países que no han alcanzado umbrales de vacunación aceptables y que por lo tanto obliguen a mantener la situación de pandemia durante varios años; algunos dicen que podrían ser hasta cinco años, lo que se podría dar si se mantiene, siendo pesimista, la situación actual de competencia y la carrera por ver qué país se vacuna primero.

Lo que se requiere es una tolerancia de las políticas internas a soluciones de largo plazo y confianza en la ciencia.

Por otro lado, lo que ha ido ganando es el juego de poder biopolítico entre los grandes bloques, China, Rusia, Estados Unidos, y que es muy complicado de abordar porque se propone una solución simple de corto plazo, nos vacunamos todos y se acaba la pandemia, a lo que se suman las expectativas de la población que ya está cansada de las restricciones a sus libertades, y de un ambiente de estrés constante.

Y es que a pesar de la ausencia de evidencia, el público quiere creer que los gobernantes tienen en sus manos el tema de la vacunación y por, lo tanto, se desencadena una especie de cadena perfecta que hace que como grupo de países se tome la peor decisión para el colectivo.

## VACUNAS COMO BIEN PÚBLICO Realismo vs. Constructivismo (teoría de RII)

| Colaboración internacional        | Nacionalismo sanitario       |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Interés comercial de largo plazo  | Juego de poder entre bloques |
| Tolerancia de la política interna | Solución de corto plazo      |
| Confianza en la ciencia           | Expectativa de la población  |
|                                   | Ausencia de evidencia        |

En el caso de la vacunación en Chile puede haber algunos elementos técnicos que hacen que no esté funcionado en su intención de disminuir los nuevos casos, la vacuna de Sinovac que es la que más se ha aplicado en Chile, tiene una efectividad limitada para el contagio, hay que recordar que las vacunas se aprobaron inicialmente con un objetivo y fue para lo que fueron probadas en los estudios, de disminuir los casos graves y los fallecimientos, y se esperaba razonablemente, que además tuvieran una efectividad en limitar los contagios, y probablemente así sea, pero en el caso de esta vacuna en particular, su efectividad está alrededor del 60 % lo que resulta más bajo frente a otras vacunas que se aprobaron en ese momento, y por lo tanto, su capacidad para cortar la cadena de contagio es menor.

Otra particularidad en Chile es que se mantiene una deficiente estrategia de otras acciones como el aislamiento de nuevos casos, solo se hacen con, alrededor de dos a tres casos cuando lo recomendado es de cinco contactos por caso confirmado, pero lo que está detrás es la decisión para ampliar la respuesta en la cantidad de UCI, de ventiladores y todo lo que ello conlleva, en desmedro de una política de ir hacia la eliminación de los contagios.

Finalmente, es importante señalar la existencia de presiones para una reapertura precoz, se vivió durante el verano en Chile, a partir de diciembre, se instalaron permisos especiales de vacaciones, se relajaron las medidas cada vez que había

algún pequeño indicio de estabilización de los casos o de caída de algún indicador, rápidamente aumentaba la presión comercial para fechas específicas, y eso conlleva retrocesos evidentes, por ejemplo, en la región metropolitana de Santiago, y en el resto del país.

Aunque la actual pandemia por COVID-19 deberá ser estudiada durante años para así entenderla mucho mejor, pero ante todo para evaluar las respuestas de los sistemas sanitarios y gobiernos de cada país, se pueden tener algunas conclusiones preliminares.

La pandemia ha puesto a prueba cómo cada país y cada región le da importancia a la seguridad social, y si bien clásicamente, las formas de responder a una pandemia pueden ser divididas en estrategias de control para reducir la incidencia y prevalencia, especialmente en las enfermedades infectocontagiosas, o la eliminación en algunos países, como el caso del sarampión.

Los países deben medir bien la amenaza, contar los casos, las brechas, y elegir una estrategia con acciones específicas, de distanciamiento social, uso de mascarilla, reconversión o ampliación de la oferta de sistemas de salud, los confinamientos o cuarentena, y la introducción de las vacunas, además tiene que desarrollar vigilancia para controlar y hacer el ajuste fino, de estas estrategias. Estas actividades se realizan para comunicar los riesgos y coordinar la acción intersectorial.

El efecto del ruido en la fisiología humana es bien conocido. En los pacientes, un ambiente ruidoso incrementa el estrés emocional, produce alteraciones cardiovasculares y discomfort. En pacientes críticos conectados a ventilación mecánica, el ruido se asocia al desarrollo de asincronías.

En el personal médico y de enfermería, los ambientes ruidosos incrementan el riesgo cardiovascular, aumentan el estrés emocional y son condicionantes para que el personal presente síndrome de Burnout o síndrome del quemado.

Mayores niveles de ruido se producen en horas de la noche, esto facilita a que se altere aún más el sueño de los pacientes. Hasta un 50 % de los pacientes internados en unidades intensivas presentan alteración del sueño. Una mala calidad del sueño conlleva a mayor requerimiento de sedación, incremento en infecciones, alteraciones del ritmo circadiano e inclusive alteraciones metabólicas.

Como explica Julie Derbyshire del departamento de neurociencias clínicas de la Universidad de Oxford, los niveles de ruido en las UCI pueden ser disminuidos si se motiva al personal y se da oportunidad de participar en el diseño de intervenciones para hacer reducción del ruido. Los programas de prevención de ruido deberán extenderse a familiares y visitantes. La disminución del ruido debe hacer parte también de los programas de humanización en salud.

Entre las estrategias para reducción de ruido se encuentran los sonómetros luminosos que nos ayudan a recordar que estamos en una zona de silenciosa. Por otro lado, nos recuerdan que estamos implementando estrategias de manejo continuo para mejorar el confort y bienestar en nuestros pacientes.

Por lo dicho, el ruido es prevenible en las unidades de cuidados intensivos. La creación de programas de gestión y mitigación del ruido es una necesidad imperante en nuestras UCI. Una cultura de prevención del ruido hará nuestro lugar de trabajo más confortable y sano.

---

## Lectura recomendada

1. Derbyshire J. Noise in the intensive care unit: where does it come from and what can you do about it?. *ICU Management & Practice*, Volume 19 - Issue 2, 2019 <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/noise-in-the-intensive-care-unit-where-does-it-come-from-and-what-can-you-do-about-it>

Hay una gran diferencia entre los países que optan por la eliminación, estos tienen éxito sanitario comparado con los otros, en cuanto a la caída del producto interno bruto. A largo o mediano plazo, los países que optaron por la eliminación tienden a hacer mejor control de la pandemia, inicialmente tuvieron que hacer cuarentenas de más tiempo, pero durante meses y semanas han mantenido niveles menores de contagio y muertes.

En Latinoamérica se calculaba una caída del producto interno bruto en un 7 % y se esperaba una recuperación en torno al 4 % para el 2021, en gran parte con gastos fiscales.

Hay grandes diferencias del gasto en los países debido a la ausencia de regulación de impuestos, a los préstamos y a los subsidios a la economía; el porcentaje del producto interno bruto varía mucho entre ellos.

Algunos temas para discusión que quedan abiertos son el crecimiento del comercio digital y su relevancia, el avance, ahora forzado, de la telemedicina, y el rol de los organismos internacionales en temas comerciales de la pandemia.



# ¡1, 2, 3 Silencio! Por una cultura de UCI silenciosas en Colombia<sup>1</sup>

Luis Rafael Moscote-Salazar<sup>2</sup>



La contaminación auditiva en los hospitales, y especialmente en las unidades de cuidados intensivos, es un problema en aumento. Los pacientes en las unidades de cuidados intensivos están expuestos a diversas fuentes de

contaminación lumínica y auditiva los cuales afectan en cierta medida la evolución de la enfermedad.

La Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA) define el ruido como el sonido que produce alteraciones fisiológicas en un individuo o grupo.

Miremos un poco los datos disponibles. La OMS sugiere que en el ámbito intrahospitalario los niveles de ruidos no sean superiores a 30dBA. Personalmente, he confirmado utilizando diversas *app* disponibles, que en una ronda médica en unidades de cuidados intensivos podemos alcanzar los 70 dBA con facilidad. En un estudio realizado en unidades de cuidados intensivos en la ciudad de Santa Marta, Colombia, se corroboró que los niveles de ruido eran superiores a los límites establecidos para las zonas de tranquilidad, (menor de 45 dBA).

En las unidades de cuidados intensivos el ruido es frecuente y puede pensarse que inevitable. Durante el baño de los pacientes, cambio de posiciones, los monitores y alarmas, entre otras, son elementos fuentes de ruido.

Podemos dividir el ruido en dos tipos. Dependiendo de su origen: el de las operaciones, dado por las actividades de tipo asistencial, y el estructural, originado en dispositivos médicos.

<sup>1</sup> Por considerar el tema como un llamado a la reflexión en un momento en el que las unidades de cuidados intensivos han tomado un lugar preponderante en las instituciones de salud, NUEVOS TIEMPOS publica esta colaboración.

<sup>2</sup> Medico Neurocirujano. Universidad de Cartagena.

## “Los falsos dilemas entre salud y economía”

Marco Akerman<sup>1</sup>

Si alguna lección puede quedar del COVID-19 será lo que podamos aprender de la cruel pedagogía del virus. Muchas cosas están cambiando mientras otras no. Por ejemplo la distribución injusta de las vacunas, los países ricos tienen mucho más acceso que los países pobres y esto conlleva a que con las vacunas se de una repetición de la lógica del mercado y del mundo.

En 2016, en la novena conferencia Global de la OMS en Shanghái, China, donde el tema fue la Promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS, se afirmó que para lograr una conexión entre la promoción de la salud y los ODS, y que esta sea genuina, sería necesario construir una nueva narrativa de la salud para el siglo XXI.

Se identificaron tres fuerzas globales que brindan una perspectiva de las futuras acciones de promoción de la salud:

- La continua evolución de la globalización de bienes y servicios, el consiguiente impacto de las actividades comerciales en la salud, y las opciones saludables: los determinantes comerciales de la salud.
- El avance de la sociedad digital, en particular en sus implicaciones para mejorar la alfabetización sanitaria en las poblaciones, y
- las amenazas transnacionales complejas que surgen del movimiento global sin

precedentes de personas dentro, y entre países, a menudo como consecuencia de conflictos y necesidades económicas.

Vamos a centrarnos en los determinantes comerciales de la salud o los efectos nocivos para la salud debido a las actividades comerciales, por ejemplo, los efectos del comercio de alimentos ultraprocesados en la salud de las personas, u, otro ejemplo, la influencia de priorizar el transporte en automóviles individuales y el aumento de los accidentes de tráfico.

Por eso es que prefiero plantear el tema como un “falso dilema entre la salud y la economía”, y es que en Brasil, desde donde hablo, todavía está presente este dilema, así como en muchas otras partes del mundo, se ha entendido, especialmente por parte de los gobiernos, que se debe priorizar la economía, porque “el comercio cerrado significa desempleo y hambre”.

Y este falso dilema se ha manifestado en varios titulares de periódicos porque nuestra medida de éxito siempre han sido las mediciones económicas.

Sin embargo, podemos observar titulares de periódicos aquí y allá, por ejemplo: “Las medidas de cuarentena en China redujeron los ahorros en un 50 % y salvaron 50 000 vidas”, “Las aguas del Ganges en India son un 80 % más limpias”; “La calidad del aire en Los Ángeles en el primer año de la pandemia fue la mejor en 40 años”.

<sup>1</sup> Profesor de tiempo completo, Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil; vicepresidente para América Latina de la Unión Internacional de Promoción y Educación de la Salud; Presidente del Grupo de Trabajo sobre Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible de la Asociación Brasileña de Salud Pública.



La economía es la gente, no más tratar a las personas como una cosa, ponerles precio. Para que la vida se viva en todo su potencial, para que nadie se quede atrás y logre un desarrollo sostenible, ¿realmente necesita crecer el PIB?

El 3 de abril de 2020, el famoso periódico de color salmón, el *Financial Times* (FT) templo de la voz liberal británica, presentó un titular sorprendente en su editorial, cuya traducción libre es: “Los virus revelan la fragilidad del contrato social: hay que buscar radicales reformas para construirse una sociedad que funcione para todos”.

Estas serían las reformas radicales sugeridas: “... será necesario poner sobre la mesa el cambio del rumbo político en las últimas cuatro décadas. Los gobiernos deberán aceptar un papel más activo en la economía. Deberían ver los servicios públicos como inversiones, no

como pasivos, y buscar formas de hacer que los mercados laborales sean menos inseguros. La redistribución volverá a estar en la agenda... Las políticas hasta hace poco consideradas inviables, como la renta básica, y los impuestos a la riqueza, tendrán que estar dentro de las propuestas”.

Este editorial es sorprendente, ya que va en contra de los cánones neoliberales que han estado en boga en las últimas décadas.

En tiempos de tal convulsión sísmica en la lógica operativa de la sociedad capitalista, queremos traer al debate la relación entre la salud y la economía, tan recurrente en las irresponsables declaraciones del presidente de la República brasileño al defender que las medidas sanitarias de aislamiento social serían dañar el negocio.

La nota publicada por un grupo de entidades de salud colectiva, titulada “Bolsonaro, enemigo de

la salud popular” criticó las manifestaciones del presidente, que niegan el acervo de evidencia científica que ha guiado la lucha contra la pandemia de COVID-19 en todo el mundo, devaluando el trabajo serio y dedicado de toda una red nacional y mundial de científicos y desarrolladores de tecnologías de la salud.

Un comunicado de prensa de la Congregación de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo (USP) sobre la evolución de la pandemia en Brasil fue enfático en afirmar que no hay contradicción entre “proteger la economía y proteger la salud pública”. La situación no está para defender la priorización de una en detrimento de la otra.

Sin embargo, existen algunos indicios contradictorios de que las crisis económicas no necesariamente empeoran la salud de la población, aunque reducen rentas y causan hambre.

Trevor Hancock, médico y profesor de la Universidad Victoria en Canadá, trajo en su columna semanal en un periódico canadiense el estudio de la epidemióloga social estadounidense Ana Diez Roux, de la Universidad de Michigan, sobre la vida y la muerte durante la Gran Depresión.

Este estudio mostró que: “la salud de la población no disminuyó y de hecho mejoró durante la Gran Depresión de 1930 – 1933” y que las tasas de mortalidad “disminuyeron para todas las edades, y se observaron ganancias de varios años en la esperanza de vida para hombres, mujeres, blancos y no blancos, siendo este último grupo el más beneficiado”.

No hay duda de que el COVID-19 es un problema grave, los datos lo demuestran.

A muchos les puede preocupar que los esfuerzos de la salud pública y la sociedad para contener el COVID-19 tenga un costo enorme para la

sociedad, lo que está desencadenando una reacción mundial, que incluso podría conducir a una depresión económica. ¿Podría suceder realmente que la perturbación social y económica que creamos matará o “enfermará a más personas que la enfermedad? Debe reconocerse que puede haber efectos negativos en caso de recesión o depresión.

Roux y sus colegas señalaron que entre las seis principales causas de muerte, responsables de aproximadamente dos tercios de las muertes en la década de 1930, “solo aumentaron los suicidios durante la Gran Depresión”.

Sin embargo, contrariamente a nuestras expectativas, señalan que “años de fuerte crecimiento económico están asociados con un empeoramiento de la salud o una desaceleración en las mejoras seculares de la salud”. Además agregaron que esto “se observó por primera vez hace décadas, pero fue ignorado en gran medida hasta hace poco”. Informan que las razones del aumento de muertes durante las expansiones económicas incluyen “aumentos en el consumo del tabaco y alcohol, disminución del sueño y aumentos del estrés en el trabajo”, así como aumentos en “accidentes de tráfico o industriales y contaminación atmosférica”.

Cabe señalar que la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil en Brasil, que se ha mantenido constante desde la década de 1940, se interrumpió en la década de 1970, con la reanudación del aumento de la economía, precisamente el período considerado del “milagro económico” brasileño.

Por otro lado, los científicos ambientales bien han notado una reducción dramática en la contaminación del aire y de las emisiones de carbono en China e Italia. En la ciudad de Sao Paulo tal fenómeno se puede observar a simple vista y pronto se convertirá en mundial. No es una coincidencia que el economista de recursos ambientales de la Universidad de Stanford,

Marshall Burke, sugiriera principios de marzo que la reducción de la contaminación del aire en China ya podría haber salvado más vidas que el costo de la epidemia de COVID-19.

Ya podemos ver el impacto en las carreteras de Sao Paulo, con una reducción del 46,7 % en el número de accidentes durante la cuarentena por la pandemia de coronavirus, que no solo reducirá la contaminación atmosférica y las emisiones de carbono, sino que también disminuirá la ocurrencia de lesiones y muertes por accidentes.

Como esto persiste, será necesario el apoyo del gobierno para los trabajadores despedidos con alguna forma de ingresos y/o vivienda garantizados: requisitos básicos de salud. Junto con esto, podemos esperar una reducción de la demanda de más “cosas” a medida que la gente se adapta a un contexto de ingresos más bajos.

Puede ser que, con esta combinación de consumo reducido y menor daño ambiental, junto con el compromiso de la sociedad de garantizar que se satisfagan las necesidades básicas de todos, nos encontremos forjando, aunque sin darnos cuenta, la economía del bienestar que necesitamos en el siglo XXI.

Y quizás la medida del PIB y su crecimiento como parámetro para medir el éxito de la sociedad humana, dejará de ser la mejor lente para validar la calidad de vida que viven las poblaciones humanas. De hecho, el crecimiento del PIB no se ha traducido en la distribución necesaria, hecho que el asombroso editorial del FT pretende firmar con la necesidad de un nuevo contrato social.

### **Dos ejemplos adicionales del suceso del éxito económico**

El informe sobre la felicidad mundial, publicado anualmente desde 2012 por la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible, una iniciativa

global de las Naciones Unidas, debe ocupar un lugar destacado en la agenda de planificación de los países, y la experiencia de Bután de “Felicidad interna bruta” no debe tratarse de manera folclórica.

Bután decidió medir la vida por la cantidad de libertad, cooperación, inclusión, cultura, resiliencia, ecológica, igualdad de género y solidaridad. Para ello, el país adoptó diez indicadores:

- Promoción del desarrollo Educativo para la inclusión social.
- Preservación y promoción de los valores culturales.
- Resiliencia ecológica sobre la base del desarrollo sostenible.
- Establecimiento de un buen gobierno.
- Preservación de valores capaces de garantizar la vitalidad comunitaria.
- Salud en el seguro de vida.
- Desarrollo sostenible para la inclusión y mejora del nivel de vida.
- Desarrollo sostenible para la inclusión y mejora del nivel de vida.
- Reducción de la jornada laboral en la promoción del tiempo libre y el ocio.
- Fomentar la participación en actividades deportivas.
- Igualdad de género y libertad de pensamiento.

Ha llegado el momento de “medir la vida” menos con medidas económicas y más con otras reglas que son más significativas para la vida que para la financiación de la vida.

Mientras se filosofa sobre las posibilidades de escapar de la lógica económica para valorar la vida en su esencia, la misma lógica del mercado sigue imperando en el mundo, lo que hizo decir al director de la OMS que la concentración de vacunas en los países ricos es una falla de moral.





Hasta el momento, se han aplicado más de 1 600 millones de dosis de vacunas. La mayoría de ellas, sin embargo, en brazos de habitantes de países ricos.

Con solo el 15 % de la población mundial, estos países concentran casi la mitad de las vacunas disponibles. Mientras que un tercio de sus habitantes recibió al menos una dosis, en los países pobres la proporción es solo del 0,2 %.

Al igual que con el acceso a respiradores y mascarillas durante la pandemia, los países que tenían más recursos y poder en la geopolítica global llegaron primero y reservaron la mayoría de los inmunizadores disponibles para ellos.

En un sistema de ciudadanía basado en la inmunidad de uso, y la incapacidad de otros, los derechos se convierten en relaciones privilegiadas que operan sin obligación de deber

hacia quienes no tienen el poder de imponer sus reclamos.

Mientras la lógica de la determinación social de la vida siga su marca de redistribución desigual e injusta de recursos, poder, información y servicios, estamos delante de la “democracia disyuntiva” que sirve para clasificar a las democracias emergentes con un sistema electoral saludable, pero incapaces de garantizar los derechos civiles de sus ciudadanos de manera universal.

### **Consideraciones finales**

La pandemia del COVID-19 representa un gran desafío para la salud pública de la población con graves impactos económicos y sociales. Situaciones de austeridad y pandemia generan



disminución de ingresos, reclusión, soledad, violencia, enfermedad y muerte.

Para contraponerse a esto, es necesario buscar formas de envolver a las personas para que se apoyen mutuamente.

Los gobiernos deberían garantizar sistemas de protección para aumentar la inmunidad social y la resiliencia. Como parte indispensable de una respuesta política coordinada para la crisis, las personas precisan contar con acceso a los cuidados de salud, seguridad de empleo e ingresos y educación, particularmente entre los más vulnerables, pero sin ignorar al resto de la población. Esas medidas contribuyen a evitar la pobreza, el desempleo y la informalidad y son poderosos estabilizadores económicos que pueden contribuir a una rápida recuperación.

Los enfoques de intervención que no consideran las causas estructurales de las inequidades para el enfrentamiento del COVID-19, y que priorizaron el enfoque en grupos específicos, con énfasis en el riesgo biológico, reprodujeron discursos y prácticas excluyentes y ampliaron el coeficiente de mortalidad. Como el objetivo de mejorar la salud de la población puede no ser necesariamente compatible con el objetivo de reducir las disparidades, las estrategias de salud pública deben incluir abordajes poblacionales universales, considerando los gradientes sociales con vistas a la promoción de la equidad.

Entre las acciones aprendidas se destacan: la gobernanza intersectorial por medio de acciones coordinadas que favorecen la protección de la vida y la reducción de daños de la pandemia, la necesidad de adoptar enfoques multiescala considerando la articulación de las dimensiones micro, media y macro para el enfrentamiento de las causas estructurales de las inequidades en salud; y la necesidad de avanzar en el reconocimiento de la crisis climática y de incluir la dimensión ambiental en las acciones emprendidas.

La adopción de políticas de promoción de la salud salva vidas y puede entenderse como una “empatía radical” en la formulación de políticas públicas que favorezca que no se vuelva más al mundo que existía. Ya no se trata más de reanudar o transformar un sistema de producción, sino de abandonar la producción como el único principio de relación con el mundo y con la vida.

Después de cien años de un socialismo que se limitó a pensar en la redistribución de los beneficios de la economía, tal vez sea el momento de inventar un socialismo que se contraponga a la propia producción. Porque la injusticia no se limita a la redistribución de los frutos del progreso, sino a la propia manera de hacer que el planeta produzca frutos.

## Reflexiones en torno a las dinámicas del comercio y la alimentación, antes y durante la pandemia

Celeste Nessler<sup>1</sup>



Las dinámicas del comercio en torno a la alimentación estaban ya configuradas y operativas previamente a la pandemia pero con la irrupción de la emergencia sanitaria han adoptado el ropaje del COVID-19.

En primer lugar, el sistema alimentario moderno se encuentra híper industrializado y mundializado con múltiples y complejas interdependencias que históricamente, y sobre todo en el transcurso de la primera parte de la pandemia, ha sido

mirado y analizado desde sus dimensiones productivas y de distribución de suministros; fue por eso que todas las actividades vinculadas con la producción de alimentos fue esencial y se centraron allí las miradas.

Lamentablemente, en detrimento de las dimensiones sociales y culturales, esas miradas asumieron una postura de entender la alimentación como un hecho social total, y por desmerecer la reproducción simbólica

<sup>1</sup> Docente Universidad Católica de Argentina. Coordinadora de la Licenciatura en Nutrición Universidad Católica de Santa Fe.

socialmente condicionada que es la alimentación. Este sistema alimentario se debe poner en conversación con las dinámicas de las fuerzas, las tensiones y los conflictos de los poderes internacionales de la salud, los modelos de desarrollo, el comercio, la ciencia, la innovación, la tecnología y la política exterior, porque este ecosistema de fuerzas permite evidenciar los impactos sistémicos de la pandemia sobre el sistema alimentario, los modos de vida y también sobre el nivel de salud.

Debemos entender que desde una mirada centrada en el comercio, en las economías de mercado el alimento es asumido como un recurso pasible de propiedad y en estas lógicas aparece la actividad política corporativa de la industria a través de estrategias de mercadeo, de responsabilidad social, de cabildeo y su influencia sobre las cadenas de suministros para tener impactos directos no solo sobre la cantidad sino también sobre la calidad, y esta configuración nos permite tener aproximación a la perspectiva de los determinantes sociales de la salud que pueden ser ilustrados por los comportamientos que se registran en la región de las Américas y específicamente sobre Latinoamérica y el Caribe, en cuanto a la producción, distribución y consumo de los productos ultra procesados. La región tiene márgenes de crecimiento y por eso es atractiva para incrementar la rentabilidad de la industria de este tipo de productos.

La fuerza del comercio como tema, lo abordamos en un trabajo de investigación con Bibiana García, en 2018 en el programa de líderes en salud internacional, y allí en una investigación que denominamos: *De lo global a lo local y de lo local a lo global: las estrategias de prevención de sobrepeso y obesidad infantil desde el enfoque de la salud internacional*, y que ha sido recientemente publicada en un libro *La obesidad infantil en argentina*. En esta investigación se hizo

una priorización analizando las implicaciones y repercusiones de las fuerzas sobre las políticas y programas recomendados para la prevención del sobrepeso y la obesidad por la FAO y la OPS en una publicación de 2018.

De ese ejercicio de priorización, el comercio queda ilustrado como la fuerza que tiene el mayor nivel de penetración en cada uno de los programas y políticas propuestos. Y entre las distintas conclusiones que arrojó el trabajo se destaca que, entre todas las fuerzas bajo las cuales opera el modelo de salud internacional, el comercio ha sido el que más claramente se reconoce como determinante de la magnitud, gravedad y vulnerabilidad, expresados en distintos emergentes vinculados con la actividad política corporativa que hace la industria de alimentos sobre los intentos de regulación del entorno alimentario, su circunscripción a las etapas de liberaciones económicas de nuestros mercados y su efecto posterior sobre los patrones de consumo de alimentos sobre las economías locales y, finalmente, sobre la transformación de los modos de vida.

En línea con estas evidencias halladas en el trabajo, la doctora Margaret Chan en el 2013 manifiesta: “El poder del mercadeo fácilmente se convierte en poder político. Pocos gobiernos priorizan a la salud por encima de los grandes negocios. Como hemos aprendido de la experiencia con la industria del tabaco, una corporación poderosa puede venderle al público prácticamente cualquier cosa”.

En el marco de la pandemia y lo que sucedió con los consumos alimentarios, una portada de *The Economist* del dibujante italiano Luca Durduino muestra el papel del estado frente a la gestión de la pandemia, y es que el papel del estado ha significado la emergencia de dos grupos poblacionales en torno a las comidas en todos los países de la región. De una manera

dicotómica podríamos decir que hubo sectores poblacionales que encontraron en el alimento un satisfactor, una función instrumental catalizadora del tiempo, había que pasar el confinamiento, y se volvió una oportunidad, casi un juego, volver a la cocina, pero paralelamente, de modo dramático, amplios sectores de la población se vieron expuestos a una inseguridad alimentaria por la caída abrupta y el cierre de las fuentes de obtención de los recursos cotidianos para afrontar las necesidades alimenticias y energéticas.

La pandemia irrumpió en Latinoamérica añadiendo una capa más a una situación de alta vulnerabilidad en un sistema socio económico supremamente desigual y estructuralmente empobrecido durante años, además, donde no solamente se inyectaron nuevos pobres sino que lo pobres crónicos profundizaron su pobreza. Y es que nunca antes el mundo había producido y consumido tantos alimentos como antes de la pandemia, pero precisamente la pandemia nos reveló que los costos de esa rentabilidad se habían logrado con un alto costo ambiental. Aproximadamente, se estima que en el último siglo tres cuartas partes de la biodiversidad agrícola mundial se ha perdido y esto sumado a la catastrófica cifra de un tercio de pérdida y desperdicio de los alimentos producidos en el mundo.

La interrelación entre la malnutrición y la pandemia tuvo impactos a nivel del acceso, de los entornos y de los comportamientos. Y en este orden de ideas, nuevamente hay que insistir en que los problemas de seguridad alimentaria en la región no están sujetos a problemas de disponibilidad productiva sino a las desigualdades en el acceso y, sobre todo, a los modelos de economías de mercado donde el acceso al alimento esta mediado y vehiculizado a través del dinero, lo que resultó mucho más grave con la caída dramática de los ingresos y el empleo de las personas.

Por otro lado, la situación inflacionaria en los precios de los alimentos en el año 2020 en el reporte del estado de la seguridad alimentaria y nutrición en el mundo posicionó a América Latina como una de las más caras para el acceso a una alimentación saludable y donde cada latinoamericano debe contar con cuatro dólares al día para comer con calidad.

A esto se le deben sumar las reconfiguraciones en torno a los perfiles de compra durante el confinamiento, principalmente, durante la primera etapa, que mostró en muchos sectores poblacionales una reacción hacia un patrón de consumo estilo búnkeres, o de salir abarrotados para llenar las despensas de preferencia con productos enlatados, envasados y poco saludables, en detrimento de los alimentos frescos, a lo que se suma el incremento de la utilización de comidas preparadas y de entregas por domicilios.

Un estudio realizado en América Latina por la RED-NuBE (Red de Nutrición Basada en la Evidencia), con una recuperación de más de siete mil respuestas de países como México, Argentina y Chile, en población principalmente urbana, femenina, edad promedio de 34 años, y con reporte de sobrepeso y obesidad cercano al 50 %, muestra que las transformaciones de las conductas alimentarias durante el confinamiento se dio en casi un 60 % de las personas, y al preguntarse sobre los hábitos de vida señalaron en un 42 % que su calidad del sueño había empeorado, un 62 % había aumentado su sedentarismo y disminuido su actividad física y el 70 % de la población había aumentado su exposición a pantallas.

Ahora bien, en cuanto al comportamiento de la industria alimentaria durante la pandemia, esta no se ha renovado, sino que, por el contrario, ha tratado de seguir encontrando posibilidades de mantener la rentabilidad, aun con el mundo azotado por el COVID-19.

La "deliberación"<sup>2</sup> de las compras alimentarias según datos de Euro Monitor, en la región de América Latina en el año 2020, hizo que la facturación de las ventas de comida a domicilio alcanzara los 72 mil millones de dólares, creciendo un 66 % en comparación con 2019 y con una fuerte correspondencia entre el tiempo de confinamiento y la tendencia del consumo, las cuales aumentaron proporcionalmente.

Los estudios realizados sobre patrones de consumo muestran que hubo cierta preferencia de las personas hacia los productos de marca que mostraban una acción empática con la situación de crisis que se estaba viviendo, y por otro lado, en términos comerciales América Latina junto con Asia terminaron siendo muy atractivas por tres motivos: reúnen al 50 % de los países con mayor población en el mundo; en estas dos regiones se encuentran 5 de los 10 países con mayor penetración de teléfonos inteligentes por hogar, y estas dos regiones reúnen aún a los países con mayor tamaño del hogar, y esto es importante porque en el contexto de la pandemia la familia se volvió el destinatario del mercadeo de las empresas.

Por otro lado, y recuperando un poco el libro de Naomi Klein, *La doctrina del shock*: el auge del capitalismo del desastre, que plantea que toda oportunidad de crisis e instalación del miedo, también termina siendo traducido por las empresas en ganancias, y más en una sociedad de consumismo, donde en realidad los consumos se reconfiguran, no se pierden, se entiende el porqué si bien no se podría salir a comprar, lo que se dio fue una eclosión de las ventas a domicilio, a la vez que tenía un correlato en un contexto con el temor a enfermarse y contraer el virus, sumado a la intención de fortalecer el sistema inmunológico, que se daba al lado

de la ansiedad por la situación, los procesos depresivos e incertidumbre, e inclinó a las personas hacia ciertos perfiles de consumo como los suplementos dietarios.

Durante 2020 los suplementos dietarios que obtuvieron *récords* de ventas fueron los que ofrecían vitamina C, D, probióticos y prebióticos. Todo esto se dio en el marco de una infodemia y de una exposición a un entorno de "covidadicción", en palabra acuñada por el epidemiólogo brasileño David Castiell, y que terminó representada en el consumo alimentario.

Tal fue la sensación de disrupción de los comportamientos alimentarios, que la AESAN, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, se vio obligada a emitir un comunicado público advirtiendo a la población que estas empresas fabricantes y comercializadoras de suplementos dietarios estaban usando declaraciones sobre ciertas propiedades nutricionales y de salud con afirmaciones que estaban prohibidas o no estaban autorizadas, además de no tener evidencia científica al señalar que sus productos podían prevenir, tratar o curar el COVID-19, y fue necesario salir a desmentir estas estrategias de mercadeo.

Otra arista del tema tiene que ver con el florecimiento de las acciones de responsabilidad social empresarial internacional lideradas en la categoría de donaciones directas de dinero, y que en Argentina, por ejemplo, fueron lideradas por las empresas que representan los agronegocios.

Otro elemento tiene que ser leído a través de la rapidez de la adaptación de las estrategias de mercadeo, a pesar de que en los entornos de los debates de las políticas de regulación del etiquetado frontal donde la industria alega de manera rotunda que eso significaría altos costos, adaptar sus estrategias y envases a las nuevas

---

2 Neologismo derivado del término en inglés *Delivery* que hace relación a las ventas de comidas a domicilio.



normas, la pandemia demostró que eso no significó ningún traumatismo, lo hicieron de manera extremadamente rápida y adaptaron sus empaques y estrategias de mercadeo hacia la idea de que las personas almacenaran en sus casas los productos.

Finalmente, el contexto de ansiedad e incertidumbre vivido por las personas por el COVID-19 tuvo otra manifestación en el aumento de los consumos no solo de alimentos ultra procesados, sino también del alcohol. Un estudio realizado en Argentina mostró que el 45 % de las personas había aumentado el consumo, y que en el caso del vino diario había subido de un 5 % a un 15 %.

En 2020 la OPS circuló una encuesta que mostró que, si bien el aumento en consumo de alcohol no era demasiado, los hombres sí incrementaron el consumo. Sin embargo, las estrategias de la industria del alcohol estuvieron muy activas favoreciendo las entregas a domicilio y la

compra por internet, y redoblando sus esfuerzos en estrategias publicitarias hacia la población joven. Un hecho que se viene presentando en Argentina es la entrega de vinos en lata que es una propuesta con mucha receptividad en el público joven.

Algunas reflexiones generales frente a la correlación entre la pandemia y la seguridad alimentaria pueden partir de las palabras expresadas por Enrique Dusell, filósofo argentino naturalizado mexicano, cuando señala que estamos ante la primera peste de conciencia planetaria, y de Adela Cortina, filósofa española que ha indicado que deberíamos estar pensando en retos universales. Y es que esta no debe ser una situación a la que le buscan salida un grupo de personas sino que se debe pensar más que nunca en una comunidad universal, en un concepto de ciudadanos del mundo que entre todos podamos trabajar para una salida común.



Por otro lado, vale la pena reflexionar si sería posible pensar en sistemas alimentarios pensados desde objetivos no desarrollistas o productivistas, que puedan recuperar modelos de convivencia y no de competencia, y que puedan construirse desde la concepción de que los alimentos son productos finitos y bienes comunes.

En ese orden de ideas, propongo la incorporación de un nuevo principio, así como hace algunos años se hablaba de la salud en todas las políticas, quizás hoy nos debe convocar el aseguramiento de sistemas alimentarios sostenibles en todas las políticas frente al paradigma dominante de pensar desde los resultados en salud y en términos alimentarios que tuvo mucha penetración de la epidemiología basada en el riesgo, pensar en cambio en una epidemiología de una alimentación sensible en los ecosistemas basada en el planeta y respetuosa de las pautas culturales.

Yo siempre digo, si las guías alimentarias son muy similares en todos los lugares del mundo es porque realmente nos hemos olvidado de la dimensión cultural y simbólica de nuestras propias cocinas.

Cuidar el ciclo de la política de la industria alimentaria y farmacéutica que ha sido evidenciada en todo intento de regulación del entorno alimentario cursado en nuestros países, debe ir acompañado del pensar que hay acciones de coyuntura y de respuesta a la crisis pero que deben ir acompañadas de acciones a largo plazo.

Argentina hace 20 años que actualiza su política de emergencia alimentaria y hay algo que deberíamos estar repensando, y es que no se puede estar respondiendo sistemáticamente en forma de reacción aguda.

Por otro lado, la emergencia y la necesidad de cuidar, proteger y estimular las respuestas

ciudadanas, y colectivas, que encuentran en la alimentación no solo objetivos nutricionales y alimentarios sino que a través de la alimentación logran verdaderas transformaciones sociales.

Y finalmente, siguiendo a Boaventura de Sousa Santos, pensaba en la necesidad de pensar respuestas inspiradas en lo que denominamos las epistemologías del sur; esta necesidad de repensar los modos de producir conocimiento científico y no científico y la emergencia de pensar también para desnaturalizar, las grandes desigualdades que vive nuestra región.

Si todo esto significó que sigamos haciendo lo mismo a diferencia de que esta vez nos colocamos un barbijo, estaremos ante una gran frustración, y de ahí que necesitemos una meta crítica sobre un sistema de opresión injusto al lado de una necesidad de una comprensión ecosistémica de convivencia entre lo humano y lo no humano.

A manera de conclusiones, o de planteamientos generales para una mayor reflexión, se puede decir que hay que pensar el hecho de que el sistema alimentario moderno se encuentra mundializado, hiperindustrializado, con múltiples y complejas interdependencias que, históricamente y en el transcurso de la primera parte de la pandemia, ha sido mirado desde dimensiones productivas y de distribución de suministros, lamentablemente, en detrimento de las dimensiones sociales y culturales que se corresponden con un posicionamiento de entender a la alimentación como hecho social total y por desmerecer, socialmente condicionado.

El poder del mercado tiene influencia política y pocas veces se prioriza la salud por encima de los grandes negocios. El rol del Estado ha significado la emergencia de los grupos poblacionales en torno a las comidas en todos los países de nuestra región de una manera dicotómica, razón por la cual podríamos decir que hubo sectores

poblacionales que encontraron en el alimento un satisfactor a una función instrumental catalizadora del tiempo donde había que pasar el confinamiento.

Paralelamente de modo dramático, amplios sectores de la población se vieron expuestos a la inseguridad alimentaria por la caída abrupta o el cierre de sus fuentes de sus recursos cotidianos para afrontar las necesidades energéticas.

La pandemia añade una capa más a la situación de alta vulnerabilidad de un sistema socioeconómico extremadamente desigual y empobrecido durante años. Nunca antes el mundo había producido y consumido tantos alimentos, pero la pandemia nos reveló que los costos de esa rentabilidad habían sido añadidos con un alto costo ambiental.

La interrelación entre la malnutrición y la pandemia tiene impactos en el consumo, en el acceso a los entornos y en los comportamientos.

En esta situación, los problemas inseguridad alimentaria en la región no están sujetos al problema de disponibilidad productiva alimentos sino a las desigualdades en el acceso y, sobre todo, a las economías de mercados de alimentos medidas por el vínculo del dinero.

Para reflexionar: sería posible pensar sistemas alimentarios basados en objetivos no desarrollistas basados en objetivos y no productivistas que puedan recuperar modelos de convivencia y no de competencia, y que puedan construir sobre la concepción de que los alimentos son recursos finitos y bienes comunes.

## Reorganización de los servicios de salud en el mundo pospandemia

Luis Alberto Martínez Saldarriaga<sup>1</sup>



Hay que dejar algo claro, el impacto de la pandemia por COVID-19 no ha sido igual para todas las personas, y es una realidad reiterada por varios actores a nivel global. Por ejemplo, el Ministerio de Sanidad de España ha señalado que se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad, que además están interrelacionadas: la vulnerabilidad clínica, la social y la epidemiológica.

En cuanto a la vulnerabilidad clínica, esta depende mucho de características individuales como la edad, o algunos problemas previos de salud crónicos como diabetes, hipertensión arterial alta, enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, entre otras, y que conllevan a una mayor vulnerabilidad y hacia una peor evolución ante la enfermedad por COVID-19.

<sup>1</sup> Magister en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad EAFIT. Director ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia, AESA.

Pero también existe una vulnerabilidad social que se da ante la privación total o parcial de recursos y estructuras públicas y comunitarias, que llevan a los individuos y a las comunidades a sufrir desprotección material, emocional y relacional. Y esto da como resultado dinámicas sociales de no reconocimiento de plenos derechos e igualdad entre personas y colectivos con base en ejes de desigualdad, como la situación económica, el nivel educativo, la situación y condiciones laborales, el estatus migratorio, el género, la etnia, la diversidad sexual o la diversidad funcional, entre otros factores.

A esto se debe sumar una vulnerabilidad epidemiológica, entendida como un mayor riesgo epidemiológico por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico e identificación de contactos, o mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento o cuarentena. Estas condiciones se dan debido a las situaciones particulares de vida y la limitada efectividad que las estrategias de prevención, detección de casos, estudio de contactos, y control de la transmisión.

Todo esto redundando en un concepto que se ha venido trabajando a nivel global y son los determinantes estructurales de las desigualdades en salud en el contexto socioeconómico y político, trazados por unos ejes de desigualdad que pueden ser de clase social, de género, de etnia, de edad, y que tienen que ver con el desarrollo socioeconómico de los territorios, así como de los poderes que se mueven en su interior, y unos determinantes intermedios donde se ubican las condiciones de empleo, el trabajo, los ingresos, la educación, y la vivienda, entre otros, y un determinante muy importante que son los servicios de salud.

La CEPAL recientemente ha dicho que en América Latina y el Caribe se aglutina el 8,4 % de la población mundial, pero aun así aporta el 27,8 % de las muertes registradas por

COVID-19 en el mundo. Otros datos muestran que América Latina es la región más urbanizada del mundo con el 81 % de la población y el 35 % concentrada en metrópolis de un millón de habitantes o más. De acá se desprenden situaciones como el hacinamiento y la falta de acceso a los servicios básicos y de protección social para la población en condiciones de pobreza con más comorbilidades. Sistemas de salud fragmentados y desiguales, subfinanciados y con déficits en recursos humanos, tecnológicos e infraestructura, a lo que se le debe sumar la segmentación de la población basada en la capacidad de pago.

Por su parte, el Colegio Médico de Chile nos recuerda que la reducción de los casos fatales en su país se logró mediante la aplicación de medidas epidemiológicas clásicas como el cierre estricto de fronteras, cuarentenas para pasajeros que llegan al país y respuestas contundentes a los brotes, con rastreo y aislamiento de contactos.

Esta implementación activa de las medidas epidemiológicas clásicas dentro de las fronteras nacionales de un país, han tenido un funcionamiento que plantea escenarios muy similares al estado pre-pandémico, favoreciendo tanto el crecimiento económico como la sobrevivencia humana, sin necesidad de sacrificar uno u otro elemento.

En contraste una respuesta pasiva ante la amenaza del virus condujo a su libre propagación entre la población y a un gran número de muertes. Fue claro que en muchos países la infraestructura de salud pública necesaria para llevar a cabo las medidas estaba subdesarrollada o descuidada al comienzo de la pandemia, y en contraste, países como Nueva Zelanda, Australia, China, Bután, lograron minimizar el impacto de la pandemia tanto en lo sanitario como en lo socioeconómico gracias a la adopción precoz de una estrategia de eliminación.

En varios países europeos se utilizaron otras estrategias, como la supresión o mitigación (Suecia) que buscan “aplanar la curva” o responder de manera dinámica a la situación epidemiológica, y han debido enfrentar rebrotes y un alto impacto sanitario económico y social a causa de la fatiga pandémica y el ingreso de nuevas variantes.

La CEPAL nos dice que se deben tomar medidas de protección social que impacten en la pobreza, y en un análisis realizado en la región, detectó que se tomaron 263 medidas de protección social de emergencia, y se anunciaron gastos por 86 mil millones de dólares, equivalentes al 1,25 % del PIB de América Latina y el Caribe, lo que en realidad resulta ser un esfuerzo poco notable. Estas medidas cubrieron al 49.4 % de la población regional, incluyendo a muchos trabajadores informales, sin embargo los montos de las transferencias monetarias no han sido suficientes para cubrir las necesidades básicas de estas personas. Con esto se puede afirmar que las transferencias de emergencia han contribuido a frenar el deterioro de la pobreza pero no a contenerla del todo.

La CEPAL también señala que en lo que tiene que ver con la línea de pobreza, el esfuerzo que se hizo en los diferentes países no alcanzó ni siquiera a esas líneas de pobreza, y en la línea de pobreza extrema, solamente seis países, donde no está Colombia, lograron llegar a mitigarla en algún porcentaje con los montos transferidos durante la pandemia.

Ahora bien, en cuanto a las apuestas globales de coyuntura y estructura, vemos una coyuntura específica, la vacunación; se plantea en la región que es clave para la recuperación y requiere acciones colectivas para el acceso universal. Sin embargo, la desigualdad en el acceso a las vacunas es más que evidente en el nivel local y global, lo que hacía difíciles los cálculos para ese momento en América Latina y el Caribe, que

indicaran que se pudiera alcanzar la anhelada inmunidad de rebaño durante 2021. Y es que asistimos a un fuerte acaparamiento internacional de las vacunas, lo que afecta negativamente a la región y genera desigualdades entre los países y a esto se deben sumar otras restricciones logísticas, como la disponibilidad de insumos críticos, coberturas de los sistemas, lo que enlentece más el proceso de vacunación.

Por otro lado el rol de la salud primaria es esencial y urge la solidaridad internacional y regional, lo cual es muy importante. Se ha planteado la posibilidad de liberar las patentes a nivel global para que la producción avance de manera afirmativa y todos los países puedan acceder a la vacunación de manera equitativa.

Por su parte la Revista Lancet planteó recientemente que debe ser la epidemiología la que debe guiar las donaciones de la vacuna para avanzar hacia coberturas útiles, y no la geopolítica que es lo que se ha visto en los primeros meses de donaciones. Y es que las cifras observadas de tasas de mortalidad por COVID-19 en algunas proyecciones desde el 1 de junio y hasta el 31 de agosto de 2021, mostraban que América Latina no tenía buenos resultados, situación que se confirmó con el paso de los meses, y esto hace parte de la desigualdad y de la falta de acceso a las vacunas contra el COVID.

Según las estimaciones publicadas, las áreas de mayor necesidad se encuentran en América Latina, Europa Central y Oriental, Asia Central y Sudáfrica. En América Latina, los países en los que se espera que tengan altas tasas de mortalidad por COVID-19, coinciden con los que han recibido pocas o ninguna donación de vacunas, como Bolivia, Perú, y Venezuela. Pero también es probable que suceda lo mismo en regiones de Asia.

Dentro de las políticas para conectar la emergencia con una recuperación transformadora

con igualdad y sostenibilidad, propone la CEPAL, una protección social universal como pilar central del estado de bienestar, ampliar la cobertura y suficiencia de las transferencias monetarias lo que contribuye a reducir la pobreza y la desigualdad, fomentar una sociedad del cuidado buscando impactos positivos en la economía, promover la igualdad desde la salud pública intersectorial, lo que es también uno de los pilares de la atención primaria en salud, y buscar un nuevo pacto social que requiere a, su vez, un nuevo pacto fiscal con una reforma progresista y basada en la redistribución.

Pero también existe una apuesta estructural que se viene haciendo de forma global desde hace unos años y que parte de una visión integral de la salud, la cual supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Hay tareas pendientes en temas de gran importancia como el calentamiento global y las demás transgresiones contra el ecosistema a nivel territorial y global.

Para esto se debe tener en cuenta que la promoción de la salud es el proceso que le permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, pero también constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

En pocas palabras, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla, pero para esto es esencial sostener la acción en la participación ciudadana.



Esto se recuerda desde la Carta de Ottawa que planteaba cinco áreas de acción prioritarias para lograr una efectiva promoción de la salud: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales, y reorientar los servicios sanitarios.

En ese sentido, también insistió la Declaración de Yakarta que hizo unas apuestas consideradas como prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI, entre ellas promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos, y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

En cuanto a los retos para la reorganización de los servicios de salud, lo primero es retomar los postulados y conceptos de la APS en su mejor tradición desde el cuidado esencial e integral de la salud, que incluye el control sobre los determinantes sociales y económicos, y avanzar en las facilidades de acceso a todos los servicios.





## Retos de la atención primaria en salud: experiencias aprendidas, Costa Rica

Maria Del Rocío Sáenz Madrigal<sup>1</sup>

La historia de los sistemas de salud, y la salud en términos generales, responden a un recorrido y a un contexto histórico epidemiológico, demográfico, social y ambiental.

En ese sentido, en el caso de Costa Rica hay al menos dos hitos que se deben resaltar. El primero es que en 1871 se estableció en el país la integración del registro civil y el registro electoral, y esto implicó que todos los costarricenses por nacimiento o voluntad, se les asigna una identidad consignada en un número conocido como cedula de identidad y opera igual para la licencia de conducción o para el pasaporte y el expediente de salud. Esto no es

un hecho menor porque ha habilitado y marcado mucho de la evolución del sistema de salud.

El otro hecho que se debe mencionar es la atención primaria, que se consolida a raíz de la declaración de Alma Ata, pero que, en el caso de Costa Rica nace no necesariamente a partir de allí.

Un tema importante son los aspectos relacionados con el acceso y la cobertura, y es que en este caso, donde se tiene un sistema de salud bastante particular, se responde a un contexto histórico y social. Se tiene un Ministerio de Salud cuya función es la dirección y conducción de las políticas sanitarias, y un único prestador de

<sup>1</sup> Investigadora del Programa de determinantes de la Salud, Equidad y Salud Global, en la Universidad de Costa Rica. Médica y política costarricense. Exministra de Salud, expresidenta ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.

servicios de salud que es la Caja Costarricense del Seguro Social, y que nace bajo la concepción de seguros sociales que se plantearon tanto en Inglaterra como en Alemania.

El tema de la cobertura de la atención en salud en Costa Rica no tiene la misma connotación que tiene en otros países. En este caso, como se está basado en seguros sociales y no en seguros de mercado, la cobertura tiene una connotación directamente relacionada con el acceso, y ahí es muy importante porque hay una diferenciación.

En ese sentido, se comenzó con una cobertura en 1944 del 3,6 % de la población, para el 2015 se alcanzó un 95 % aproximadamente, y en los datos pre-pandemia se estaba en alrededor del 96 %.

Como nuestro sistema está sustentado en un modelo de seguridades sociales, se financia a través de las contribuciones del Estado, de los empleadores y de los trabajadores. Y para tener acceso a los servicios de salud se han definido múltiples categorías de condiciones de aseguramiento. En esa clasificación se encuentran los asalariados directos, los independientes, voluntarios o por convenios especiales, en la cual, por ejemplo, se incluye a las personas que tienen una propiedad o terreno del cual viven, están también los asegurados por cuenta del estado que son aquellas personas que se encuentran en condición de pobreza y a las que el estado les otorga el aseguramiento. Y también están los beneficiarios familiares que vienen a ser hijos o cónyuges de las otras categorías.

Entre los años 2015 y 2017 se elaboraron varias categorías, como la dirigida a las personas que hacen trabajo doméstico en los hogares, mayoritariamente mujeres, esta categoría de aseguramiento es diferenciada y la contribución del Estado es mayor que en las otras categorías, igual sucede con los trabajadores recolectores

de café, indígenas, donde la contribución en vez de ser mayor por parte del Estado, la asume el Instituto Costarricense del Café; otra categoría corresponde a las microempresas.

Además de estas categorías se han desarrollado algunas modalidades que se ajustan a condiciones y características propias de algunas poblaciones, y que no calzaban en el modelo internacional.

Retomando el beneficio de tener un número único de identificación en salud, Costa Rica emprendió un camino bastante largo de más de diez años para digitalizar y velar por la continuidad de la atención en salud. Es así como se cuenta con un expediente digital único en salud que tiene tres componentes.

El primero tiene que ver con la comunidad y las condiciones de vida de las personas en comunidad, eso quiere decir que se lleva un censo de la población, se tienen datos de las condiciones comunitarias, de la vivienda, e información nominal de cada uno de los miembros de la familia que viven en cada vivienda.

En este componente la información se mapea y se pueden consignar datos como factores de riesgo o de concentración de la población.

El otro componente lo denominamos el empadronamiento, que corresponde a la asignación a la red de servicios a las que las personas tienen acceso geográfico, es decir, existe un espacio geográfico poblacional asignado a una red de servicios que comienza con atención primaria y llega hasta el nivel especializado. En el caso de Costa Rica la atención primaria tiene dos concepciones, la primera de estrategia y la de primer nivel de atención. Esto es importante porque en muchos países el énfasis es ser el primer nivel de atención, pero en el caso de Costa Rica es la puerta de entrada al sistema.

El tercer componente es el Expediente Digital Único en Salud, que es lo que la mayoría de las personas conocen, y es donde se lleva el registro de las atenciones en las instalaciones de salud. Estas atenciones pueden ser de promoción de la salud, de prevención, de curación, de rehabilitación, de cuidado paliativo, o de intervenciones quirúrgicas, puesto que el expediente sigue la misma lógica del sistema de salud: nace desde la comunidad y va hasta el nivel especializado.

En la medida que se consignan todas las atenciones en los diferentes niveles, eso permite retroalimentar la información y posibilita algo muy importante para la atención primaria, y es que una de sus funciones debe ser registrar información valiosa de la población sobre sus necesidades y condiciones, pero esa información tiene que ser útil desde el momento en que la persona registra la información, no es solo para alimentar estadísticas locales, regionales, o nacionales, debe ser útil para mostrar las oportunidades de mejoras en las personas.

La atención primaria en el caso de Costa Rica ha tenido una historia. Hay que recordar que mucho antes de la declaración de Alma Ata se desarrollaron proyectos y programas, algunos de carácter local, pero que dieron la base y la sustentación técnica para que la atención primaria tuviera un asidero. En el caso de Costa Rica uno de esos programas fue el de Hospital Sin Paredes en 1971, lo que fueron las unidades médicas Móviles, que en 1972 llevaban servicios a las zonas rurales, los programas de salud rural y de salud comunitaria en 1976 que antecede a Alma Ata, que se realiza en 1978. Esto muestra que hay una impronta de atención primaria en Costa Rica que se suma a la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y se enriquece, pero que no nace



con Alma Ata, eso es importante porque le da un sello muy particular para el país.

Ya para 1985 el país participa con muchas otras naciones en la creación de los Sistemas Locales de Salud y se dieron reformas para la atención en los sistemas de salud. Se viene trabajando en los años recientes en seguir fortaleciendo la prestación basado en APS.

En estos análisis que se han hecho en Costa Rica sobre qué es lo que nos ha enseñado la AP encontramos que hay una movilización entre lo individual y lo colectivo, y ese flujo de acciones que siguen a las personas, a las familias y a las comunidades, tiene que hacer que el sistema de salud se mueva igual entre lo individual y lo colectivo.

Es en ese sentido que se han construido tres ideas fuerza.

Lo primero es que la Atención Primaria ayuda y contribuye a construir autonomías como identidades saludables. También que, desde la perspectiva de la participación se lleva a un compromiso saludable para conducir a una participación como un todo y a la gestión. Y el tema de los cuidados como acciones saludables. Entonces en esta metáfora que se ha construido en el grupo de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, tratamos de detectar los aprendizajes enseñados por la atención primaria para mirar cual debe ser la orientación que debe llevar partiendo de las acciones ya adelantadas.



Desde ahí se puede afirmar que existen retos para el mediano y largo plazo, empezando con el fortalecimiento de los primeros niveles y la gestión que tiene que ver con lo comunitario y lo hospitalario, con los recursos humanos, la búsqueda siempre de nuevas fuentes de financiamiento, para poder aumentar y diversificar los ingresos, sobre todo, por el modelo de financiamiento de nuestro sistema que es de seguros sociales, por lo tanto, uno de sus aspectos fundamentales depende del empleo, y obviamente, de una mayor asignación de los recursos.

Para concluir, la vale la pena plantear tres preguntas que nos hemos hecho, y son ¿cuál es el rol de la APS antes de la pandemia y cuál durante la pandemia?Cuál era el que estaba escrito y cuál el que realmente tuvo. Otra pregunta es ¿qué acciones se realizaron y cuáles no? ¿Por qué no se realizaron? Y finalmente,

¿qué recomendaciones podemos ofrecer para el abordaje de la APS en las etapas de pandemia y pospandemia? ¿Se alcanzó lo planteado de acuerdo con la APS? Nosotros tenemos la impresión de que no.

Hemos caminado más de 40 años con APS, se han tenido barreras y obstáculos pero también se han alcanzado grandes logros. Quienes trabajamos en atención primaria hemos tenido que visibilizar que, a veces, el contexto del sistema de salud y el social en que vivimos, privilegia y se considera que hay un alto grado de conocimiento solo en la alta especialización del tercer y cuarto nivel como si la atención primaria no requiriera una altísima especialización puesto que conjuga saberes, conocimientos y prácticas multidisciplinarias y multisectoriales.

Otro aspecto a reflexionar es preguntarnos cuál es el posicionamiento que le hemos dado a la atención primaria en nuestra región.



## Sistema Único de Salud y la Atención Primaria en Salud en Brasil durante y después de pandemia

Ligia Giovanella<sup>1</sup>



En Brasil estamos de luto, con más de 530 000 muertes por COVID-19, y lloramos a nuestros muertos en un contexto de negacionismo de la pandemia por el presidente, que la llamó “gripecita”, sin compasión con el sufrimiento y el dolor humano, protagonizando escenas y decisiones lamentables.

Una investigación realizada por la Universidad de Sao Paulo evidencia que existe una clara

estrategia institucional para la propagación del virus. No es incompetencia, es un compromiso de las acciones del Gobierno nacional a favor de la diseminación generalizada del virus en el territorio nacional, como lo señala muy bien Deisy Ventura, una de las investigadoras, en Brasil hay una estrategia institucional de propagación del coronavirus, liderada por el presidente de la República e implementada por el conjunto del Gobierno federal, no sin resistencias

<sup>1</sup> Investigadora Senior. Escuela de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz. Medica de la Universidad Federal de Santa Catarina, Maester(1989) y Doctora en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (Ensp / Fiocruz).

de los gobiernos locales, estatales, instituciones, partidos de oposición y movimientos sociales.

La estrategia institucional de propagación del COVID-19 es una expresión radical del neoliberalismo en el campo de la salud y que se podría llamar un neoliberalismo epidemiológico, al igual que la creencia incondicional en el mercado, y en la no intervención del Estado; la idea de alcanzar la inmunidad colectiva consiste en superar la pandemia con costos mínimos, sin regulación o coordinación gubernamental, aunque se sepa que implicará la muerte de miles de personas.

Esta estrategia institucional se procesa con una intensa emisión de normas por autoridades federales en contra de acciones efectivas en salud pública, como actos de obstrucción a las estrategias de los estados federados, y que si no fuera por estos gobiernos locales, se estaría en una posición muchísimo peor; también se han visto vetos presidenciales a iniciativas del parlamento y a las leyes que buscaban instituir la obligatoriedad del uso de mascarillas.

A esto se debe sumar la propaganda en contra de la salud pública con un discurso político, actitudes y manifestaciones negando la gravedad de la enfermedad con noticias falsas e información técnica sin respaldo científico, como la distribución y prescripción de medicamentos ineficaces con el propósito de desacreditar a las recomendaciones sanitarias.

Las resistencias en Brasil no han podido evitar el éxito de la estrategia federal de diseminación del virus. Brasil es uno de los países con las peores respuestas a la pandemia en el mundo. El segundo país en número de muertes por COVID-19 después de los Estados Unidos. Es un Gobierno que se puede llamar genocida. Una comisión parlamentaria del Senado Federal Brasileño investiga la actuación del Gobierno nacional

frente a la pandemia y viene demostrando la innegable responsabilidad del Gobierno federal por una gran parte de las muertes por COVID-19 en todo el país. Esto ha llevado a que más de la mitad de la población se encuentre insatisfecha y esté a favor de un proceso de destitución del presidente.

Se estima que si Brasil se comportase como la media mundial en términos de control del COVID-19, de 500 000 muertes se podrían haber evitado 400 000.

La pandemia por COVID-19 deja claro que es fruto de una ruptura de la interacción entre sociedad y naturaleza, dada su acelerada destrucción, deterioro ambiental y cambio climático, determinados por procesos productivos, comerciales y de trabajo del capitalismo global, y ha sido acelerada por las políticas neoliberales de desprotección social y laboral, y la profundización de las desigualdades.

Vivimos una crisis sanitaria y humanitaria global que afecta cada vez más a las poblaciones en las peores condiciones socioeconómicas de los países en desarrollo. Latinoamérica, con sus profundas desigualdades sociales, se ha tornado uno de los epicentros de la pandemia, y la desigualdad, mata.

En Brasil las tasas de mortalidad por COVID-19 son más altas entre las poblaciones de bajos ingresos y entre los negros. Una encuesta serológica nacional mostró que la incidencia de COVID-19 en el 20 % más pobre de la población es el doble de la incidencia que entre el 20 % con más altos ingresos. Y la incidencia entre la población negra es tres veces más grande que entre la población blanca.

La crisis tensiona los sistemas de salud en todo el mundo y desnuda sus debilidades, demuestra que necesitan ser reorganizados, fortalecidos o

repensados en sus valores, principios, políticas y prácticas para enfrentar integralmente los desafíos de la pandemia.

Lamentablemente, el enfoque solitario dominante para enfrentar la pandemia ha sido el biomédico, centrado en la enfermedad, con énfasis en el manejo médico individual y respuestas hospitalo-céntricas, en una vigilancia limitada y en medidas para mitigar las demandas de atención hospitalaria.

Además de la necesidad de la asistencia médica individual, enfrentar la pandemia requiere un enfoque poblacional, territorial, comunitario y de vigilancia integral en salud que puede ser desarrollado desde una Atención Primaria en Salud APS Integral.

### **Pero, ¿de qué APS estamos hablando?**

La concepción de APS Integral del Alma Ata enfatiza que la salud es indisociable del desarrollo social y económico. Se refiere a una concepción del modelo de atención y organización del sistema de salud que incluye entre sus principios:

- Acceso universal basado en las necesidades de salud y el uso de tecnologías apropiadas y efectivas, como parte de un sistema de salud integrado.
- El imperativo de enfrentar determinantes socioeconómicos de la salud.
- Con acción y coordinación intersectorial para la promoción de la salud.
- Y fomentar la efectiva participación comunitaria.

En Brasil el abordaje de la atención primaria en salud integral en el Sistema Único de Salud es la Estrategia Salud de la Familia (ESF) la cual tiene una orientación comunitaria, se basa en un equipo multiprofesional con población asignada, registro, seguimiento y responsabilidad por

la atención individual de la población de un territorio.

Pero estos equipos de APS no fueron accionados de forma coordinada en el país. El Sistema Único de Salud con sus principios de universalidad, integralidad, y equidad, y la capilaridad de sus servicios en 5 570 municipios de todo el territorio nacional, fue reconocido con potencial para enfrentar a la pandemia. Si no fuera por el SUS con su acceso gratuito y universal nuestra situación sería mucho peor.

Sin embargo, los problemas estructurales del SUS agravados por la coyuntura política y económica y por las acciones del Gobierno federal, llevaron a Brasil a enfrentar la pandemia con un SUS frágil y con capacidad limitada para utilizar los recursos disponibles para controlar mejor la pandemia.

Además, la centralidad de la respuesta estuvo focalizada en el hospital: se incorporaron en el SUS más de 14 646 camas, necesarias, pero el número de equipos de APS se estancó.

Se puede decir que la potencialidad de la APS en el SUS fue desperdiciada en el control de la pandemia. En 2021 son 43 mil equipos de ESF y 260 mil Agentes Comunitarios de Salud (ACS) con una cobertura de 131 millones de personas en todo el país, que equivalen al 63 % de la población de 212 millones.

Se pretende que la ESF se constituya en la puerta de entrada al sistema, lo que implica la integración en la red de servicios más complejos del SUS. Pero, desde el golpe político de 2016 contra la entonces presidenta Dilma Rusolf, se empezó un cambio del modelo territorial basado en la comunidad hacia otro centrado en la atención individual, debilitando su orientación familiar y comunitaria; y su potencial de vigilancia en salud y el enfrentamiento de la pandemia no fue incentivado.



Sin una coordinación nacional basada en el SUS, la respuesta en APS fue dispersa, pero en algunas municipalidades las actividades de los servicios en APS fueron suspendidas e iniciativas locales han fortalecido la APS con procesos diversificados en el territorio nacional.

En parte de los municipios los equipos ESF asumen el rol importante en el desarrollo de acciones de vigilancia para bloquear y reducir el riesgo de propagación de la epidemia en los territorios. Es así como estos equipos realizan telemonitoreo, cuidan de los casos no graves, aseguran la continuidad de los cuidados rutinarios en temas como lo prenatal, los hipertensos, diabéticos, vacunación, y otras afecciones agudas; se articulan con los sectores comunitarios y con otros actores de políticas públicas promoviendo acciones intersectoriales para ofrecer soporte a los grupos más vulnerables.

Sin embargo, hay que señalar que esta pandemia ha demostrado que debemos repensar los sistemas de salud y la importancia de la APS integral. Una lección básica es que los sistemas de salud basados en el mercado, enfocados a la enfermedad, la atención individual y los negocios, no son capaces de enfrentar problemas colectivos que requieren actuar de acuerdo con el interés común e integrar la salud colectiva y la individual.

Sistemas de mercado, como el de los Estados Unidos, demuestran esto muy bien. Los Estados Unidos tiene el mayor gasto en salud y el mayor número de muertos por COVID-19.

En el caso de Brasil se necesita del SUS y existe evidencia sólida de que los sistemas públicos universales, gratuitos, financiados con impuestos, son superiores en calidad, eficiencia, equidad, y esto sucede cuando tienen como pilares estructurales la organización de una APS integral, con provisión y financiamiento



predominantemente públicos y una regulación efectiva del Estado para garantizar el acceso universal e igualitario.

Es clara la desventaja de los sistemas de salud tipo cobertura universal (CUSI) con base en seguros segmentados, fruto de las reformas sectoriales neoliberales que separan el cuidado individual y el colectivo y cristalizan desigualdades.

Más que nunca necesitamos avanzar en la construcción de sistemas públicos universales de salud en defensa del derecho universal a la salud de todos y todas. Tenemos que cerrar filas en contra de las propuestas de cobertura universal que es el par del neoliberalismo epidemiológico que propone sistemas de salud neoliberales, en el que el Estado solo debe intervenir cuando las personas no consiguen resolver sus necesidades de salud en el mercado.

Las propuestas de cobertura universal segmentan, y cristalizan las desigualdades. Se centran en la protección financiera por algún tipo de seguro,

focalizan la asistencia individual y rechazan la responsabilidad de los gobiernos por la atención integral.

Y la salud no es mercancía, no lo puede ser si queremos defender la vida.

En Brasil, el SUS ha mostrado durante la pandemia sus fortalezas y debilidades. Su construcción además de incompleta, está amenazada. A partir de los aprendizajes de la pandemia en el SUS y la APS en Brasil, podemos pensar en algunas directrices de cómo deberíamos organizar nuestros sistemas de salud en la pospandemia, y estos nos muestran que necesitamos una financiación que amplíe la investigación pública. El SUS sufre enormes limitaciones financieras, tuvimos un ajuste fiscal ultra neoliberal con congelación durante 20 años de los gastos públicos de salud por cambio constitucional. El SUS está subfinanciado y con un gasto público muy bajo.

Hay necesidad de incrementar la infraestructura de provisión pública de servicios de salud, reducir la prestación privada en el SUS, y garantizar la incorporación de las nuevas camas hospitalarias y laboratorios de diagnóstico clínico y de imagen implantados durante la pandemia.

Hay que replantear la gobernanza con un fortalecimiento de la coordinación tripartita entre las esferas gubernamentales de nivel federal, estados/provincias y municipios, con nuevas instancias de coordinación.

La coordinación de los estados en la red de servicios del SUS (27 estados) es muy importante ya que la pandemia reforzó la necesidad de fortalecer las autoridades sanitarias estatales, locales y la cooperación entre municipios.

Hay que avanzar en la construcción efectiva de redes regionalizadas integradas e integrales

de atención a la salud, pero también hay que fortalecer la vigilancia en salud con inteligencia epidemiológica, nuevas estrategias integradas con base en la epidemiología crítica de la determinación social de la salud y que destaque la vigilancia ambiental.

Hay que revisar e implementar políticas nacionales para la provisión de profesionales de la salud para una distribución más equitativa en el territorio y con formación para el SUS.

Por el lado de la Atención Primaria de la Salud, después de la pandemia dentro del SUS tiene que hacer frente a enormes demandas como resultado de la suspensión de consultas y actividades durante la pandemia, lo que genera nuevas demandas a las que se deben sumar el manejo de las secuelas del COVID-19, lo que llevará a ampliar las acciones ofertadas en la APS y la incorporación de nuevos profesionales en áreas como la salud mental, la fisioterapia, y la fonoaudiología, como parte de la red de rehabilitación pos-COVID-19.

Hay que recuperar la cobertura en vacunación ya que se presenta una reducción en su cobertura en los niños, que puede conducir a brotes de enfermedades antes controladas como el sarampión o la difteria, ya que se dieron retrasos en la atención prenatal con un aumento en la mortalidad materna.

En la APS pos-COVID-19 urge fortalecer la orientación comunitaria de la ESF que está amenazada, por eso se necesita una acción coordinada en los territorios en interacción con los movimientos sociales y otros sectores y organismos públicos para promover la salud. Igualmente, hay que fortalecer el trabajo de los

agentes comunitarios de salud, recuperar sus orígenes de promotores de la salud, de agentes de la salud colectiva y de los activistas del derecho universal a la salud.

Por otro lado hay que promover una vigilancia integral de la salud mejorando la interacción de la vigilancia epidemiológica en la APS con diseño de nuevos modelos para esta acción integrada y una vigilancia comunitaria activa.

Hay que pensar que los centros de salud de APS pueden ser centinelas de nuevos brotes de enfermedades, es en la APS donde se identifican en primer lugar los aumentos de demandas de sintomáticos respiratorios.

Hay que revisar también las nuevas formas de atención con aceleración en el uso de las TIC que resultan facilitadores del acceso y las comunicaciones, pero no pueden ser sustitutivas del contrato presencial, con seguridad y garantía de la privacidad.

Por su parte las ESF, modelo de atención con orientación integral comunitaria de APS, es crucial para lograr una atención menos medicalizada y consumista en el SUS. Pero tampoco las relaciones de trabajo pueden ser precarizadas para los trabajadores de la salud.

Otro aprendizaje es la soberanía sanitaria nacional de América Latina, en aspectos como las grandes disparidades en el acceso a suministro, medicamentos y vacunas. Es necesario desarrollar la capacidad científica, técnica, y productiva para producir conocimientos,

aparatos, insumos, vacunas, medicamentos necesarios, con soberanía, para dar soporte a los SUS y enfrentar esta y otras pandemias en nuestra región.

Hay que recrear estrategias de integración regional entre países con base en la solidaridad y la defensa de los derechos ciudadanos y a través de mecanismos como Unasur e Isags. Esto para enfrentar las enormes desigualdades cada vez más profundas en el mundo global, entre un norte y un sur, como se evidencia ahora en la competencia por las vacunas contra el COVID-19.

Las fronteras de los sistemas de salud se han expandido más allá de los determinantes sociales, la determinación socio ambiental es fundamental en la defensa de la vida en el planeta tierra. Hay que articular la protección y el cuidado de la vida con el cuidado del medio ambiente.

La APS integral e integrada toma un nuevo sentido y recama nuevos desarrollos que contribuyan a recobrar el equilibrio y la armonía entre la sociedad y la naturaleza desde los territorios con participación social como son por ejemplo las propuestas de territorios saludables, sustentables y solidarios, y en la concepción del buen vivir.

Hay que plantear con fuerza la propuesta institucional, política y social de sistemas de salud únicos, públicos y universales, con visión de la epidemiología crítica de la determinación social de la salud en defensa de la vida.

## Tensiones y conflictos globales en el contexto de la pandemia por COVID-19

Juan Eduardo Guerrero<sup>1</sup>

Vivimos un momento bastante complejo y difícil. Un momento donde realmente se disputan muchas cosas. La academia se encuentra analizando la crisis que se vive por la pandemia, crisis económicas y políticas, y de ahí la importancia de considerar algunos elementos de tensiones y conflictos globales en el contexto de la pandemia por COVID-19.

El primer punto a señalar es que lo que sabemos hasta el momento, después de la expedición del Reglamento Sanitario Internacional en el 2005, su amplia difusión y su proceso de aprobación vinculatorio realizado por diferentes países en 2007, y del primer informe que se hizo en 2009, luego de las pandemias de los virus H1N1 – H5N1, lo que los organismos internacionales plantearon en ese momento, y en el último informe presentado en 2019, es que los gobiernos y las naciones a pesar de que avanzaron e hicieron grandes esfuerzos para cumplir con algunas de las partes del Reglamento Sanitario Internacional, lo que se observa es que la inversión es todavía insuficiente para enfrentar una pandemia de la magnitud de la actual.

Tanto el reporte del 2009 y del 2019 de la Junta de Vigilancia Mundial para preparación de emergencias y desastres de la OMS, muestra que no estábamos preparados para manejar una pandemia de un virus respiratorio.

Esto llevará, con seguridad, a que en los futuros meses y años, cuando se hagan las evaluaciones, tendremos muchas lecciones aprendidas de cómo actuar realmente cuando ocurre un problema de este tipo. Y eso debe quedar en nuestras memorias y pensamiento de que es muy importante que todas las resoluciones y recomendaciones, especialmente el Reglamento Sanitario Internacional, conlleven que los gobiernos, y en países de todo el mundo, deben darle un lugar especial a la salud pública y a la atención primaria en salud, pero también, a la autoridad sanitaria global, regional y local.

Y ese lugar especial significa la asignación de los recursos suficientes, contratos dignos para los trabajadores de la salud, el impulso a la ciencia, la tecnología y la inversión que se requiere para poder resolver este tipo de problemas. Pero además, significa tener recursos especiales y una cultura ciudadana alrededor de los organismos internacionales para coadyuvar en las soluciones.

La brecha en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional la hemos sentido y lleva a la necesidad de que en la gobernanza global podamos mejorar lo que hasta el momento se ha vivido.

Un segundo punto que es importante tener en cuenta, es la tensión que se ha vivido entre los Estados Unidos y la República Popular China,

<sup>1</sup> Médico, Magíster en Salud Pública, Coordinador de salud familiar y comunitaria Uniremington, Asesor del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS/OMS. Miembro activo de la Mesa Antioquia por la transformación del SGSSS y de la Asociación Colombiana de Salud Pública y docente de la Universidad de Antioquia.



afortunadamente, esa tensión ha cedido después de la salida del presidente Donald Trump y con el ingreso de Joe Biden que muestra signos de un mecanismo diferente de multilateralismo, el cambio climático, y el sentido de la guerra, y eso lleva tener una luz de esperanza sin dejar de entender que la relación de China con Rusia y el sudeste asiático viene creciendo y es de vieja data. Esto implica una gran cantidad de población que abarca casi un 60 % de la población mundial, y con un crecimiento del PIB basado en la no agresión sino en el crecimiento con una cultura interna planteada desde un capitalismo creciente. También se debe entender la relación de China con el Sur global y la alianza con países como los del BRIS (Brasil, Rusia, India, Sudáfrica) que se debe tener en cuenta en una reacomodación de los espacios geopolíticos por los diferentes países, y que seguirán discutiéndose en ese contexto.

Un tercer punto es que, en tiempo de COVID-19, se nos ha demostrado la importancia de

la estructura de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, en la búsqueda de una gobernanza global para múltiples problemas, a la vez que se ha dejado ver una fragilidad del sistema de Naciones Unidas al momento de enfrentar una pandemia, reflejada en la incertidumbre y la falta de solidaridad entre regiones y países.

La pandemia nos ha mostrado grandes dificultades de los países que se aislaron en el momento de las cuarentenas, con el cierre de las fronteras se observó el poco flujo de una reacción internacional solidaria y que tendría que darse en momentos como este, y eso nos lleva a una gran reflexión sobre cuál es el grado de solidaridad que infundieron las Naciones Unidas y la OMS, que a pesar de los ruegos de su director pidiendo al mundo una actitud y respuesta diferente para detener el alto grado de contagio del COVID-19, y aun hoy nos advierte de la necesidad de actuar de manera solidaria frente a lo que sucede en algunas latitudes del mundo, Brasil, India, etc.,





la urgencia de que las vacunas se declaren un bien público así sea por un espacio de tiempo diferente; para ello ha pedido utilizar las herramientas que se tienen a nivel internacional, propuesta al lado de la cual deberían alinearse los diferentes países, sin embargo hemos visto que prima el orden económico internacional y que afecta a las naciones más pobres y a las economías con las poblaciones más vulnerables.

Es un momento donde el sistema de Naciones Unidas y la OMS tienen que generar una reconfiguración, y los grupos de la sociedad civil y los académicos, de una u otra forma, deberíamos rodear al sistema de la ONU y la OMS para fortalecer una gobernanza global que vaya en función de la equidad, de la solidaridad, y que permita que los grandes capitales y recursos económicos puedan ayudar a disminuir los problemas económicos que se viven actualmente en los diferentes países.

Un cuarto punto puede entenderse como una provocación a las mentes en el sentido vinculante, y es que cuando vemos el Reglamento Sanitario Internacional, y cuando comienza el proceso de la pandemia, se duda mucho sobre la posibilidad de cerrar o no los aeropuertos para impedir el acceso del coronavirus a los diferentes países, y más con el gran tráfico internacional de los vuelos aéreos en el mundo entero. El

planteamiento es preguntarnos si sería posible que en un futuro pensemos para salvar al mundo de futuras pandemias, el ordenar el cierre de una región desde el punto de vista de los aeropuertos y sus vuelos aéreos para impedir que desde allí comience la circulación en todo el planeta de un virus como el del coronavirus. Porque una realidad es que en el futuro podrán llegar otros virus más complejos, difíciles en su manejo y más letales, y sería interesante pensar desde el derecho internacional y la gobernanza global, si tendríamos la posibilidad de que se ordene un cierre desde un organismo internacional sin que se sienta agredido un estado soberano por esa gobernanza global.

Hay que pensar lo que medidas de este tipo significarían, evaluar sus ventajas y desventajas, pero es importante analizarlo porque, posiblemente, si se cierran los aeropuertos a tiempo, el virus no circule, y esta es una medida surgida de la observación reciente, es evidente que la primera fase de la pandemia por COVID-19 circuló de esta manera de forma más rápida, mientras se cerraba Europa, los Estados Unidos tenía gran cantidad de casos y conservaba sus vuelos internacionales y pocos países se atrevieron a cerrar la frontera con EUA para impedir la propagación del virus.

Hay que pensar cuáles medidas y elementos vinculantes habría que adoptar ante una pandemia para que en el Reglamento Sanitario Internacional se pueda cumplir con aceptación y bajo una cultura de la salud se acepte la existencia de este tipo de medidas.

Un quinto punto es la seguridad alimentaria unida a la crisis económica global que afecta a los países más pobres del mundo. Una parte de las causas de las reacciones sociales que se han vivido en Colombia durante 2021 fue el aumento en unos 3,5 millones de personas por debajo de

la línea de pobreza, lo que conllevó al hambre en diferentes sitios con descomposiciones muy complejas, como lo sucedido en Cali, y por lo tanto, la reflexión debe ser la necesidad de no solo atender el COVID-19 y estar todos los días revisando el número de muertes, de casos, de pruebas, cuando lo que sucede en las poblaciones es mucho más complejo.

Las personas no tienen una atención en salud suficiente para sus enfermedades previas que venían atrasadas, debido al cierre de servicios ambulatorios lo que genera una complejidad sanitaria que está allí presente; la hipertensión, las enfermedades crónicas, las neoplasias, las enfermedades huérfanas, todas ellas están presentes y se necesita su atención, además del hambre.

A nivel global se ha advertido por organismos como la FAO, CEPAL, entre otros, la necesidad de enfrentar la crisis económica con protección social, de ahí que gran cantidad de plataformas pidan con urgencia establecer una renta básica universal para proteger a las poblaciones más pobres, para que, cuando les decimos que se aislen, lo puedan hacer con una protección para la subsistencia económica.

Este elemento tendría que pensarse, y cuando el presidente de los Estados Unidos, Joe Biden, declara que no gravará a las clases medias y a las poblaciones con recursos más bajos, sino que por el contrario le pedirá al gran complejo industrial que aporte los recursos para solventar la crisis que su país tiene, al igual que el resto de países, es un pensamiento sobre quiénes son los que deben tributar y colocar los recursos financieros para enfrentar este tipo de situaciones, y va en esa dirección.

Tenemos que discutir sobre las medidas que a nivel global, y que capital, se debe gravar para crear un gran fondo de pospandemia que

permita reconstruir las economías y restablecer la confianza para generar una propuesta donde los más vulnerados realmente sientan que tienen el alivio suficiente. Si no hay respuesta efectiva para tener más recursos para enfrentar el déficit financiero, los escenarios pueden empeorar. Hay necesidad de aunar respuestas y políticas que piensen en el orden económico y no solo en la epidemiología porque el problema es mucho más complejo. Estamos ante una sindemia.

Un sexto punto es hacer una reflexión sobre el hecho de que la vacuna contra el COVID-19 sería la primera respuesta universal si se declara como un bien público global, y los países a través de sus organismos internacionales no tendrían por qué dudar frente a la solicitud que hace la OMS en este sentido. Más de ocho meses después de comenzar los procesos de vacunación, hay países donde el porcentaje de población vacunada solo llega al 3 % mientras otras naciones superan el 50 % e incluso el 70 %, pero estos últimos son muy pocos.

Sabemos que si se hace una vacunación global entregando los excedentes a los países más pobres y se declara como un bien público global, tendríamos una solución bien importante a la crisis por la pandemia.

Un acceso equitativo a las vacunas a nivel global es una visión solidaria pero también humanitaria y no es de tipo económico; es una visión de que la economía le rinde pleitesía a la vida, es reconocer el respeto desde lo económico a la vida e invertir en que las vacunas son una gran parte de la solución al problema que estamos viviendo, y por lo tanto las expresiones de todas las universidades y de las organizaciones de la sociedad civil de cara a la Asamblea Mundial de la OMS debería ser unánime frente a la declaratoria de bien público universal para una movilización general.



Un séptimo punto, también llamando a la reflexión, es la débil inclusión de la salud pública y la atención primaria para atender la pandemia de COVID-19 y la sindemia global. Y es que hay múltiples escritos y propuestas que señalan que los países no apostaron realmente durante los años recientes a generar una propuesta de inclusión dentro de los sistemas sanitarios, y al máximo, de la salud pública y la atención primaria en salud, y hoy la pandemia lo demuestra, e implica que debemos repensar nuestros modelos de organización, de atención y de nuestros sistemas de salud.

¿Debemos seguir con modelos de mercado en la salud?, es el gran interrogante. ¿Debemos seguir pensando que la salud es un mercado del que muchos extraen recursos y se los llevan a través de la plusvalía y de la pauperización del trabajo de los profesionales de la salud? ¿Debemos mantener ese modelo? Casi que tendríamos, al mismo tiempo que hablamos de la vacuna como bien público, replantear la organización de los servicios de la salud como un bien público con una nueva forma de organización y relacionamiento diferente con la sociedad, con la cultura, con las organizaciones comunitarias, con las familias, con la escuela.

Lo aprendido en la Declaración de Alma Ata, hoy tenemos que decirlo mucho más fuerte y contundente para recordarle al mundo entero que necesitamos unos sistemas de salud reorganizados, que sean públicos, universales, que garanticen el acceso universal para todos los problemas de salud, incluso de manera planetaria, para que así las redes se interrelacionen entre los países para ayudarnos mutuamente y ser solidarios frente a lo que sucede en la tierra. No podemos seguir separados y mantener la visión de que allá es otro el problema; estamos interrelacionados, somos interdependientes, y lo que sucede en cualquier nación necesita el apoyo solidario.

Estamos en un momento en el que debería abordarse la inclusión de la salud pública y la atención primaria en salud en el nivel más alto de la diplomacia y gobernanza global.

El octavo punto se refiere a la gobernabilidad en los países frente a las crecientes necesidades y la débil respuesta en la protección social de un mundo más desigual que será el que tendremos en la etapa pos-COVID-19. Y es que las medidas de protección social son urgentes y no dan espera, y el llamado se reviste de angustia porque lo que se observa, por ejemplo en ciudades colombianas como Cali, es sumamente difícil y complejo, y se requieren medidas con las que la población entienda que hay protección social, que permita retornar a una confianza en los gobiernos, y no solo en Colombia. El tema de la protección social es muy necesario.

Un noveno punto se encuentra consignado dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y es la necesidad de modificar todos los modelos de producción, de crecimiento y de consumo exagerado que atenta contra el planeta. No hay que tenerle miedo a este objetivo, hay modos de producción que atentan contra la vida, la salud y contra el planeta y no se ha podido hacer calar el mensaje en los niveles decisorios más fuertes para que el sector privado, la industria, las diferentes culturas, los adolescentes, estudiantes, y todos, entendamos que estamos consumiendo el planeta, que muchas de sus partes se ven solo como materia prima y como meros futuros proveedores de agua, mientras otras se ven como personas que trabajan con salarios supremamente bajos para mantener la producción de las grandes industrias, sin tener en cuenta lo que significa el proceso digno de la vida.

Hay algo que tenemos que hacer, y por eso el tema debe incluirse en el ideario y en el trabajo

que se hace de salud global en nuestro continente. Finalmente, y como un décimo punto, es invitar a ver otra visión desde el Centro de Pensamiento Global de Barcelona (CIDOB), que nos muestra en un documento supremamente interesante que el sistema internacional avanza hacia la cooperación o hacia el conflicto, ¿qué es lo que queremos? Joe Biden, como nuevo líder de los Estados Unidos, significa restauración o reorientación, en la medida que está esgrimiendo unos elementos que privilegian una forma diferente de relación con los países y renueva la esperanza del multilateralismo, que la acción contra el cambio climático no se puede aplazar más y que tenemos que estar allí porque es más grave que el COVID. Este cambio climático está presente y no se puede olvidar, y la recuperación es global e integral, o es parcial.

Si se quiere recuperar el planeta entero se requiere una gobernanza global con fondos solidarios internacionales y con unas medidas internacionales que no pueden dejar solos a los países que internamente se derrumban y compiten por las diferentes dificultades que existen en ellos. Cuál es el orden global que se quisiera tener, cuál el modo de vida para regresar a la normalidad o a una nueva normalidad; qué normalidad queremos, ¿la de seguir consumiendo el planeta?, o qué queremos hacer. ¿Qué significan los gigantes digitales en expansión y la gran cantidad de recursos financieros que van acumulando?, ¿qué significan en la redistribución para reducir las desigualdades a nivel internacional?, ¿cómo hacer para que nuestras ciudades sean más habitables y no tan desiguales?, ¿por qué se vive actualmente un problema de una alta informalidad laboral, desempleo y hambre generada por ciudades insostenibles?

Hay que pensar en el tema de los migrantes y qué hace la salud pública frente a ellos, ¿estamos ante un malestar solo individual o colectivo?, y puede ser individual pero la expresión colectiva puede ser desastrosa, y llevar a dificultades supremamente grandes. ¿Qué papel juega la Unión Europea en estos espacios y escenarios?

Vale la pena estudiar el documento del CIDOB porque, si bien vivimos un momento complejo, hay una esperanza grande en la medida en que los grupos como la Asociación Latinoamericana de Salud Global, los centros de pensamiento y los ciudadanos pensemos que no es solo un asunto de contar los muertos por COVID-19, sino que estamos ante un problema mucho más complejo y difícil, que incluso va más allá de lo que se ha denominado como una sindemia, nos coloca frente a un problema global que requiere analizarse para encontrar respuestas globales que nos enseñen a los países que es posible ser solidarios e inclusive, que es posible tomar medidas para reducir desigualdades, y que es posible que toda la gran industria, incluyendo la de alimentos y la de armas, esté ante el momento donde deben aportar sus recursos para poder recuperar la economía, el planeta y la confianza, y que nosotros seamos capaces de llevar en las universidades un mensaje a los estudiantes de que es posible modificar las cosas, tener esperanza, pero se necesitan respuestas que no sean arrancadas desde las calles si no en las mesas de negociación bajo el dialogo y en los sitios donde realmente hay que conversar como sociedades maduras, democráticas, participativas porque no es posible continuar no escuchando las voces de la población.

## Una visión desde el derecho internacional

Carlos Ernesto Rodríguez Andrade<sup>1</sup>



Es difícil enfocar un tema como el derecho internacional y la gobernanza global, más aún, dirigida a la órbita de la salud en un mundo multipolar, de interdependencia compleja entre los diversos actores de la comunidad internacional; donde persisten grandes desigualdades e inequidades sociales; donde las controversias y el conflicto se mantienen latentes entre diferentes actores, surgiendo, a menudo, focos aberrantes de peligrosas conductas humanas beligerantes; es un mundo de migraciones forzadas; donde la pobreza no ha sido superada; los derechos humanos se ven vulnerados en reiteradas ocasiones; la naturaleza agredida y degradada; donde el terrorismo, el narcotráfico, el tráfico de personas, la delincuencia organizada, la corrupción y otros males, otros tantos males, amenazan la paz y la seguridad internacionales. Y como si esto fuera poco, nos azota ahora a nivel planetario, la inmisericorde pandemia COVID-19.

A pesar de este panorama asolador, agobiante, es de vital importancia concientizar que el mundo en el que vivimos no está perdido. Las lecciones que hoy aprendemos y aquellas de las que hemos

hecho acopio en el transcurso de la historia, sirven para continuar una lucha incansable por alcanzar el bienestar común de los pueblos, ¿y por qué no?, por qué no así mismo, el supremo propósito de la ansiada felicidad.

Tal aprendizaje deberá tomar en cuenta, eso sí, lo que nos dice Yuval Noah Harari en su obra “21 lecciones para el siglo XXI”:

“La fusión de la infotecnología y la biotecnología puede hacer que muy pronto miles de millones de humanos queden fuera del mercado de trabajo y socavar tanto la Libertad como la Igualdad. Los algoritmos de macrodatos pueden crear dictaduras digitales en las que todo el poder esté concentrado en las manos de una élite minúscula al tiempo que la mayor parte de la gente padezca no ya explotación, sino algo muchísimo peor: irrelevancia”.

Y prosigue Harari:

“... en las conferencias sobre alta tecnología se difunden de forma entusiasta gran cantidad de conceptos misteriosos (globalización, cadenas de bloques, ingeniería genética, inteligencia artificial, *machine learning* o aprendizaje

<sup>1</sup> Academia Diplomática del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana de Ecuador.

automático), y la gente de a pie puede sospechar con razón que ninguno tiene que ver con ella”.

Y añade Harari, palabras que son escritas antes de la pandemia COVID-19, acerca de:

“... los mayores problemas a los que nos enfrentamos: el colapso ecológico y la disrupción tecnológica”. Lo expuesto, es entonces, para nuestra reflexión.

Al hablar de “Gobernanza global”, dirigimos la mirada básicamente hacia un proceso evolutivo de la forma de gobernar de las naciones-estado en su interrelación con los demás miembros del escenario internacional, adaptándose a los términos contemporáneos planteados por el efecto globalizador que experimentamos.

Desde esta óptica, es importante citar la clara definición que le otorga a la palabra “Gobernanza” el Diccionario de la Lengua Española:

“Arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”.

En apreciación de estos conceptos, no podría concebirse, por ende, una “gobernanza global” que excluya el desarrollo de las naciones del mundo en los planos político, económico y social.

Ahora bien, ¿cómo alcanzar esa “gobernanza global”? ¿esa gobernanza global de carácter inclusivo?

Para responder a esta pregunta de gran complejidad, por cierto, es necesario comprender inicialmente, que: así como las naciones-estado, (dotadas de toda una estructura jurídica, de elementos constitutivos que hacen posible su existencia) poseen legislación interna propia, el ámbito global requiere de igual manera

del derecho internacional, antes denominado derecho de gentes, el *ius gentium* del derecho romano, que actúe precisamente en el vasto escenario de las relaciones internacionales.

A propósito de ello, el derecho internacional, de acuerdo el tratadista Hernán Valencia Restrepo, dice:

“... es la ciencia que estudia las relaciones internacionales desde el punto de vista jurídico, vale decir, desde el punto de vista de las normas jurídicas que regulan tales relaciones”.

A fin de tener un panorama diáfano sobre el tema y acudiendo nuevamente a lo expuesto por Valencia Restrepo, el derecho internacional en su más amplia concepción, se remonta a tiempos inmemoriales, si, tiempos inmemoriales, y en estricto sentido, parte desde el siglo XX estableciendo una clasificación bien delimitada entre derecho internacional clásico y contemporáneo, éste último, haciéndose presente desde el término de la Segunda Guerra Mundial.

Así, vemos que el derecho internacional evoluciona apuntalado en un rico acervo que sustenta su presencia actual al amparo de propias fuentes, las mismas que son los principios generales del derecho, las costumbres, las convenciones internacionales, la doctrina y la jurisprudencia; todas ellas consignadas en el Artículo 38 del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia.

“Artículo 38

1. La Corte, cuya función es decidir conforme al derecho internacional las controversias que le sean sometidas, deberá aplicar:

- Las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados litigantes;

- La costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho;
- Los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas;
- Las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 59”.

En este largo recorrido, surgen nuevos campos de estudio en los planos formales, incorporándose por supuesto, entre ellos, el derecho internacional de la salud.

Como muestra de su construcción, como muestra de su contenido, además de todas las bases que nos proporciona la Carta de las Naciones Unidas, la estructuración de la Organización Mundial de la Salud, tenemos el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, especialmente, en su Artículo 12, de 1966; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 en el que se menciona a la Salud Pública; la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma Ata, conocida universalmente como Declaración de Alma Ata de 1978; el Reglamento Sanitario Internacional de 2005; entre otros instrumentos.

No obstante, su elaborada estructura jurídica, aún en nuestros días, el Derecho Internacional adolece de coercibilidad limitada al no existir un órgano supremo que ejerza ampliamente autoridad de cumplimiento obligatorio. Pero, como reitero, se trata de una limitación en cuanto a la naturaleza coercitiva, que puede interpretarse como una etapa histórica inicial que debe progresar paulatinamente.

En torno al asunto diremos entonces, que la Organización de las Naciones Unidas tiene muchísimo, pero muchísimo trabajo por delante.

Por tanto, observamos que el derecho internacional engloba el derecho de los países, en cuanto al propio desarrollo de cada una de las naciones en sus diversas esferas y la interacción que mantienen con los demás actores de la comunidad internacional, a través de múltiples planteamientos de políticas de exterior, donde priman los altos intereses de las naciones, que pueden estar en oposición o en acuerdos con los intereses de las correspondientes contrapartes; todo ello necesita, indefectiblemente, del plano equilibrio de una “gobernanza global” para alcanzar el éxito deseado.

Empero, mientras existan, por supuesto, limitaciones para el adecuado ejercicio del derecho internacional, los esfuerzos podrán ser considerables, más no suficientes.

De otro lado, estimo que los lineamientos estratégicos de alcance global que puedan ser propuestos para enfrentar las consecuencias de la pandemia de COVID-19 y otras, de así sobrevenir en el futuro, deberían incluir los siguientes procesos:

- Formación y capacitación continua sobre el tema, dirigidos al personal de primera línea, así como a funcionarios que laboran en el campo de la salud pública, autoridades, proveedores de salud, estudiantes de diferentes niveles de educación y público en general, para cuyo efecto, conocemos, que la Organización Mundial de la Salud ha dado ya un paso importante con la creación de la academia de la OMS, que utiliza innovadores recursos tecnológicos para efectos de aprendizaje continuo, incluyendo un espacio de simulación para situaciones de emergencia sanitaria.



- Así mismo observamos que la Organización Panamericana de la Salud en el marco del Sistema Interamericano y como oficina regional de la OMS en las Américas, prosigue su labor dedicada al Programa de Líderes en Salud Internacional.
- Además se precisa contar con seminarios, conferencias, talleres, congresos, foros y otras actividades.
- También es importante revisar programas específicos de formación en materia de salud global, dirigidos a cursantes de academias diplomáticas y demás miembros de los servicios exteriores, así como a estudiantes universitarios de relaciones internacionales y salud pública.
- Suscripción de convenios internacionales, estos, como fuentes del derecho internacional de la salud, entre academias diplomáticas de las cancillerías del mundo; centros de educación superior; organizaciones internacionales y otras entidades, con el propósito de impulsar la cooperación académica en cuanto a salud global se refiere.
- Desarrollar ampliamente la diplomacia en salud mediante de la gestión de cancillerías con sus misiones diplomáticas y consulares, oficinas comerciales, representaciones ante organizaciones internacionales, etc., a fin de obtener los mejores resultados en términos de cooperación internacional, incluyendo por supuesto, las mejores gestiones encaminadas a los procesos de vacunación.
- Analizar exhaustivamente en los planos de la Organización Mundial del Comercio, de la Organización Mundial de Propiedad Intelectual e instancias competentes, los pedidos de liberalización de las patentes

correspondientes a las vacunas COVID-19. Alrededor del asunto, la propuesta de declaratoria de estas vacunas como BIEN PÚBLICO, es verdaderamente importante tomar en consideración.

- Pero por otro lado, es necesario estudiar la mejor manera de conjugar acciones encausadas a la participación adecuada de la empresa privada, hablo de participación adecuada de la empresa privada, que coadyuve a nivel nacional a lograr un proceso de inmunización eficiente, como apoyo al sector público.
- Adicionalmente, resulta de fundamental importancia, fortalecer los procesos de integración regional para lograr una buena cooperación en materia de salud. Con la prudencia, por favor, de evitar que estos procesos sean impregnados por intereses de orden ideológico.

Siguiendo esta línea de pensamiento, hoy en día frente a la pandemia, se habla de optar por una nueva configuración de los modelos de desarrollo, lo que debe meditarlo detenidamente, muy detenidamente, con la finalidad de corregir aquellos elementos negativos que afectan las condiciones de vida de los pueblos, pero sin destruir las estructuras que son realmente positivas. En este escenario, el equilibrio ideológico, es de vital interés.

La pandemia del COVID-19, es la peor crisis de alcance planetario que enfrenta la humanidad desde la Segunda Guerra Mundial. Recordemos que al término de esa devastadora conflagración, se requirió para la reconstrucción de Europa de un Plan Marshall. Ahora se necesita imperativamente, de un Plan Global de Reconstrucción Económica y Social.

Al respecto contamos con la iniciativa de la Secretaría General de las Naciones Unidas y de

los gobiernos de Canadá y Jamaica denominada “Financiamiento para el desarrollo en la era de COVID-19 y más allá”.

Enfocando una propuesta de esta naturaleza en nuestra región, y según el Informe Especial de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), titulado *Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después*, documento que fue emitido el 11 de marzo de 2021, se propone lo siguiente, cito:

“\* Afrontar el reto a corto plazo, ampliando la liquidez y redistribuyéndola desde los países desarrollados hacia los países en desarrollo, por medio de derechos especiales de giros. La redistribución de liquidez, también se puede poner en práctica mediante la creación de Fondos Multilaterales como el Fondo para lidiar la economía COVID-19 que propuso el gobierno de Costa Rica.

- Fortalecer la cooperación regional aumentando la capacidad de préstamos y respuesta de los bancos de desarrollo regionales, subregionales y nacionales.
- Reformar la arquitectura de la deuda internacional.
- Ampliar el alcance de la iniciativa de Suspensión del Servicio de la Deuda promovida por el Grupo de los 20 (G20).
- Promover el mayor uso de diferentes instrumentos innovadores de los países para afrontar el pago y servicio de la deuda.
- Entrelazar el mayor acceso a la liquidez y la reducción de la deuda con los objetivos de desarrollo a mediano y largo plazo, y por tanto, con las iniciativas encaminadas a construir un futuro mejor”.



Todas las acciones mencionadas y otras que sean bienvenidas, servirán para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la Salud.

Acercas de cada uno de los esfuerzos operativos que puedan desplegarse para la consecución de los altos fines en procura del pleno bienestar de los pueblos, estos deberían enmarcarse en lo que el profesor Steven Pinker, reconocido científico cognitivo, nos expone actualmente sobre los Ideales de la Ilustración; escúchese bien: dice Pinker:

“Más que nunca, los ideales de la ciencia, la razón, el humanismo y el progreso necesitan una defensa incondicional. Damos por sentados sus dones: recién nacidos que vivirán más de ocho décadas, mercados rebosantes de alimentos, agua limpia que aparece con un chasquido de dedos y residuos que desaparecen con otro, píldoras que eliminan una infección dolorosa, hijos que no son enviados a la guerra, hijas que pueden caminar por las calles con

seguridad, críticos de los poderosos que no son encarcelados ni fusilados, los conocimientos y la cultura mundiales accesibles en el bolsillo de una camisa”.

Todo esto y mucho más es realmente posible. Una reflexión: no constituye una mera utopía como resultado de nuestras profundas inspiraciones filosóficas; se arriba a su concreción a través del rescate de los valores, de esa concepción axiológica que debe fundamentar sustancialmente las esferas técnicas como pragmáticas del desarrollo dentro de una conciencia universal histórico-sociológica; además de la aplicación efectiva del trabajo afianzado por una gobernanza que establezca lineamientos estratégicos claros en beneficio de la gran comunidad global, donde el ser humano demanda la mayor atención como sujeto del derecho internacional. Así, lograremos construir un mejor destino, legado de dignidad para las futuras generaciones.



## Contrastes de la solidaridad global y la soberanía sanitaria

Joan Benach<sup>1</sup>

Voy a intentar hacer unas reflexiones sobre la pandemia y la situación de salud pública y social, y política, que hay detrás de toda ella.

Creo que la pandemia del coronavirus, es una pandemia del siglo XXI, de hecho, se puede decir que empezó con esta pandemia y está significando, o va a significar, un cambio de época en muchos sentidos, como dice el escritor y ensayista portugués Boaventura de Sousa Santos: "... la pandemia ha abierto las venas del mundo". ¿Por qué?, porque es la primera pandemia global *stricto sensu* de la cual tenemos noticias. Evidentemente ha habido muchas más anteriormente.

Una pandemia que produce hoy día, según los datos que claramente subestiman la situación real, unos cinco millones de muertes registradas oficialmente, más de 215 millones, aproximadamente, de casos confirmados y un impacto social muy notable por lo que hace al trabajo, a la pobreza, a las desigualdades sociales y en salud afectaciones muy notables.

Tenemos una visión todavía muy incompleta de una situación que es muy compleja, que es muy dinámica, y que sigue viva; y en ese sentido, hay que entender todavía muchos fenómenos ligados a lo que se ha dado en llamar las sindemias, las interseccionalidades, los factores sistémicos,

<sup>1</sup> Profesor e Investigador de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona. Director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud - Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET, UPF). Co-Director del Johns Hopkins University - UPF, Public Policy Center. Médico y Cirujano, especialista en Medicina Preventiva. Máster en Salud Pública y Doctor en Salud Pública.

los factores políticos, todos factores de alta complejidad.

Lo que voy a hacer es tratar algunas de las paradojas, de los contrastes de esta pandemia, en el sentido de que hay muchas cuestiones sobre las cuales vale la pena reflexionar y que de alguna manera son situaciones paradójicas, o en todo caso contrastes.

### **Progreso vs. Fragilidad**

Por un lado, la noción de progreso es una de las más presentes en las sociedades modernas junto con la noción de desarrollo; tenemos mucha ciencia, mucha tecnología, muchas vacunas; tenemos robótica, tenemos inteligencia artificial, se supone que vamos a tener 5G, pero al mismo tiempo subsiste la radical fragilidad humana, puesto que somos seres intradependientes, psicoddependientes e interdependientes y, por tanto, la pandemia está reflejando este fenómeno. Toda nuestra fortaleza ha hecho pensar a algunas personas que somos casi como dioses y en cambio la pandemia ha manifestado nuestra radical fragilidad.

En un segundo contraste, lo esencial con lo precario. Por un lado tenemos que las actividades más esenciales para la vida humana, y que la pandemia ha reflejado son: la alimentación, la limpieza, el cuidado, el transporte público; y estos son también en muchos casos y en muchos países, los que desarrollan las personas en situaciones más precarias, las personas más vulnerabilizadas, las más frágiles; solamente los ricos o la clase media-media o media-alta, han podido tele trabajar; pero en cambio, las clases populares o personas que tienen trabajos informales o precarios, no han podido hacerlo. En ese sentido ese es un contraste que, según los datos que las Naciones Unidas y la OIT, se están agravando seriamente con la pandemia.

Otro contraste: es una pandemia global, eso quiere decir su nombre, pero es una pandemia de la desigualdad. La pandemia es global pero no afecta a todo el mundo de la misma manera. Es una pandemia de la desigualdad, esa es la peor –yo lo he descrito en algunos artículos– la peor de las pandemias. Es una pandemia de desigualdad que es un catalizador que, de hecho, amplifica y extiende las desigualdades en salud ya existentes; por tanto en ese sentido, ya antes de la pandemia había una multiplicidad de epidemias sociales ligadas al desempleo, a la pobreza, a la precariedad, a los problemas habitacionales y tantos más, que la pandemia no ha hecho más que otra cosa que amplificar; como ha dicho el historiador y urbanista Mike Davis: “... estamos ante una constelación de pandemias”: empleo, trabajo, vivienda, riqueza, servicios, problemas ambientales, etc. Bueno, y en ese sentido, pues no nos queda más que reconocer la importancia de lo que se ha dado en llamar los determinantes sociales o eco-sociales o políticos de la salud y de la desigualdad, que actúan sinérgicamente afectando de una manera muy notable a los distintos grupos sociales, según cual sea su clase social, su etnia, su edad, su situación migratoria, etc., en una forma que produce algo muy bien conocido en la literatura de salud pública y que llamamos el “gradiente social de la salud”, es decir: “a peor situación social, peor situación de la salud”.

Otro contraste que la pandemia nos muestra, es la situación de que bajo el neoliberalismo, esas ondas o esas olas de neoliberalismo que empezaron allá por los años 70, con el golpe de estado que se dio en Chile en 1973, y luego con las dictaduras en Latinoamérica, con la señora Thatcher en el Reino Unido y Ronald Reagan en Estados Unidos; pues ese neoliberalismo hegemónico nos ha dicho, y nos sigue diciendo, que el mercado es la solución de todo o de casi

todo; cuando en realidad, si de alguna manera no hemos salido, pero podemos aspirar a salir de alguna manera de esta pandemia, es que es lo público, es el Estado, el que nos puede salvar de alguna manera. Pero claro, la pregunta es ¿qué Estado?, porque en los últimos decenios, y en los últimos años, hemos asistido a lo que algunos autores han llamado “la privatización del Estado”; y en ese sentido hay que ver si el estado está a favor del mundo de las grandes corporaciones y del mercado o a favor del bienestar común.

Otro contraste, que es otra dualidad, que nos plantea la pandemia, es que por un lado tenemos estos enormes avances en tecno-ciencia y por otro lado tenemos una incapacidad de gestionar adecuadamente y de prevenir los problemas derivados de la pandemia. Mucha tecnología, información, inteligencia artificial, bigdata, algoritmos, etc.; pero realmente hay una incapacidad, muy notable, de hacer frente a esta pandemia. En este sentido, vale la pena destacar que ha habido –y estoy esquematizándolo– en tres tipos básicos de maneras de gestionar la pandemia:

- La que se ha dado en llamar por algunos autores un *modelo necrofilico* que básicamente es una estrategia muy autoritaria en la cual una gran parte de la población importa muy poco y, claramente, esto se puede ejemplificar con el caso de Donald Trump en Estados Unidos en los cuatro años de su presidencia, pero específicamente en el momento en que le tocó la pandemia, o el caso también de Bolsonaro en Brasil, aunque no son los únicos.
- Hay un segundo modelo, es un *modelo preventivo institucional*, le podemos llamar así, y que ha apostado por la estrategia de cero covid. Un modelo de intervenciones rápidas,

contundentes, con grandes inversiones en rastreadores, en el control, en el aislamiento de los contactos y en general en acciones de salud pública bastante contundentes en muchos casos.

- Y finalmente tenemos en este esquema un tercer modelo, que le podemos llamar un *modelo reactivo empresarial*, puesto que de lo que se trata es de bloquear, o liberalizar, las actividades, los confinamientos y demás medidas restrictivas, pero bajo el cual no ha habido una apuesta decidida en absoluto por hacer frente al problema de la pandemia como problema de salud pública.

Vale la pena destacar que la investigación disponible nos dice que ha sido la estrategia de cero covid, al eliminar e intentar erradicar el virus, la más exitosa. Por ejemplo, se estima que las muertes por COVID por millón de habitantes en los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) que optaron por la eliminación –estoy pensando en Islandia, en Nueva Zelanda, en Australia y otros–, ha sido 25 veces más baja que en otros países de la OCDE que favorecieron la estrategia de mitigación. Además, es una estrategia que ha mejorado la situación económica y, en el fondo, menos restrictiva que los elementos democráticos que han sugerido otros muchos países.

Vale la pena por tanto, destacar todos estos elementos, pero también que en el caso de muchos países –y también voy a ser aquí muy esquemático–, se han presentado errores y han mostrado limitaciones de gestión en las acciones que han realizado, las principales:

Ha faltado una visión más sistémica y más integrada de la pandemia; ha faltado en muchas ocasiones liderazgo, ha faltado coordinación; ha habido una gestión en muchos casos y en



muchos países un manejo poco transparente y poco democrático; no se han fortalecido de forma urgente y contundente todo lo que tiene que ver con la salud comunitaria, los servicios sociales, la atención primaria; en definitiva, de la salud pública, que por desgracia todavía mucha gente sigue confundiendo con la sanidad pública.

No se ha pensado en la pandemia desde el punto de vista de las desigualdades, y eso tiene que ver, como he dicho antes, con las clases sociales, las etnias, la situación migratoria, el género y demás; y la participación comunitaria ha sido muy limitada en muchos casos y en muchos países.

En definitiva, ha habido una incapacidad de prevenir, y es una incapacidad no solo de prevenir la pandemia, puesto que ya muchos científicos habían advertido de esa posibilidad con antelación, sino también de hacer frente de la forma más rigurosa y más contundente la

pandemia. Y ahí a veces los argumentos son muy criticables. No tenemos unos sistemas de salud pública suficientemente desarrollados, tanto en inversiones como en cuanto al modelo, como para actuar preventivamente de forma adecuada. Incluso a veces hay críticas muy exageradas, pero en el fondo es como si, poniendo un ejemplo, en un parque de bomberos renunciáramos a tener bomberos simplemente porque no hay un incendio. Claramente la inversión en ese parque de bomberos tiene que existir porque sabemos que puede producirse un incendio y por tanto si se produce, debemos estar preparados para actuar antes de que eso ocurra.

Pues algo parecido de alguna manera puede ocurrir con la salud pública, con la prevención planetaria de toda la cantidad de problemas que hoy día son globales y que el COVID-19 ha puesto de manifiesto.

Todo lo que he dicho en estos últimos puntos, tiene que ver, además, con varios puntos adicionales que también podemos destacar rápidamente:

Por un lado, la heroicidad, la lucha por muchas personas, muchos profesionales socio-sanitarios por cuidar, por tratar de hacerlo lo mejor posible, por jornadas interminables de trabajo versus esta especie de punción necrofílica que antes comentaba, este vértigo caótico que algunos autores han llamado “sacrificial”, en el sentido de que no importa si se sacrifica la vida y la salud de muchas personas. En el mundo eso tampoco es nuevo, la historia colonial y otros muchos procesos históricos nos muestran que se han sacrificado y se han directamente eliminado a cientos de miles y millones de personas en muchos procesos de este estilo, y eso afecta básicamente a indígenas, grupos étnicos, un tema de género y como he dicho también, a las clases populares.

Otro contraste, es el que hay entre esta ciencia desarrollada y esta dificultad que tenemos para tener un desarrollo adecuado de la salud pública. Este punto tiene que ver con algo que he dicho antes. Y en este, el punto más claro en que se manifiesta es con las vacunas, es el *apartheid* de vacunas que estamos sufriendo. A pesar de que sabemos que cuanto más se tarde en vacunar a la población mundial, eso va a dificultar cada vez más la posibilidad de tener una solución, y sin embargo se está haciendo un acaparamiento de vacunas, se implementa la tercera dosis en los países ricos cuando tenemos un mundo en el cual una gran parte de la población ni siquiera ha recibido la primera dosis de la vacuna. A finales de agosto del año 2021, más de 2 500 millones de personas, más o menos un tercio de la población, ya estaban vacunadas en el mundo con una dosis, pero, por ejemplo, en países de la Unión Europea, más o menos el 65

el 70 por ciento de la población adulta ya está vacunada, cuando, por ejemplo, regiones como el continente africano no han podido vacunar ni siquiera el 5 % de la población.

Por tanto aquí tenemos un problema, un gran tema por tratar que es la democratización de la vacunación. No es solo un tema biotecnológico –muy complejo desarrollar vacunas de calidad y que sean efectivas–, sino que es un tema claramente social puesto que la pandemia es un proceso socio-histórico. Por supuesto aquí el gran problema es de quién domina o cuáles son los procesos de fabricación de las vacunas, la inversión que básicamente es pública, pero luego la gestión en gran medida –y básicamente la comercialización– es privada y en ese sentido eso es parte del gran problema que está significando este *apartheid* de vacunas al cual me estoy refiriendo.

Otro gran punto, uno esencial, y muy importante que desde luego es clave en salud pública, es el de la naturaleza vs. el ser humano. Estamos destruyendo la naturaleza, esto está en el origen de la pandemia y de otras epidemias, pero resulta que nosotros somos naturaleza. En ese sentido, o cambiamos radicalmente la forma en que nos relacionamos con la naturaleza, o realmente estamos ante una situación muy grave, que puede significar el fin de la humanidad o de gran parte de la humanidad. Como algunos autores han comentado, puede ser en parte no solo un ecocidio; un millón de especies en peligro de extinción; problemas serios y gravísimos en cuanto a diversidad, contaminación, cambio climático, como ha manifestado muy recientemente el último informe del IPCC (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático), sino el hecho de que somos también nosotros, los seres humanos,

una especie en peligro de extinción. En ese sentido, vale decir que la pandemia no es sino una más de la cantidad, las decenas y decenas de enfermedades infecciosas que a lo largo de las últimas décadas se han ido manifestando cada vez con mayor prevalencia en muchas partes del mundo, pero ahora ha tenido lugar desde un punto de vista global y ha afectado también a los países ricos.

Pero estas zoonosis que se han ido produciendo en relación con el ébola, con el sida; años antes la sika, la chicunguña, el sars y tantos otros que tienen mucho que ver –como digo– con el tema ecológico, y donde la deforestación, la pérdida de biodiversidad, es al parecer, en todo el espectro, uno de los puntos clave.

Tenemos por tanto estos contrastes, como también tenemos el contraste muy serio de esas soluciones tecnológicas que se quieren implantar versus las inercias, esas inercias que hoy día existen, que tienen que ver con un capitalismo neoliberal que junto con el colonialismo, con el patriarcado, con el racismo, podemos decir que son nuestro peor virus.

Todas estas lecciones, todos estos contrastes a los cuales me estoy refiriendo, son muy importantes para reflexionar. Hemos de extraer la lección de que el trabajo, o los trabajadores y trabajadoras esenciales son fundamentales; que la sanidad

pública y la salud pública y los cuidados son fundamentales; que somos una especie frágil, somos una especie dependiente; que esta pandemia está representando nada más y nada menos que una especie de laboratorio de lo que puede ocurrir, de lo que está ocurriendo y de lo que puede ocurrir en los próximos tiempos. Y en ese sentido diría, que esta pandemia es también una sindemia por todos los factores sociales que están representados, pero ya hay algunos autores que están diciendo que en realidad esta pandemia se puede convertir en una endemia, en un proceso endémico; y en ese sentido, lo que sabemos es que esta pandemia se puede cronificar, puede dar lugar a una situación estacional, un poco parecida a la gripe pero evidentemente, o probablemente, con más gravedad que la gripe; pero también deberíamos decir que es una endemia producida por todo lo que acabo de decir, por este proceso o estos procesos bajo el capitalismo neoliberal que tienen que ver con una forma de vida no sostenible, por mucha retórica que se le ponga; un tipo de vida que no puede seguir basándose en un crecimiento y en un crecimiento infinito, en una acumulación de capital permanente, en una búsqueda permanente de beneficios, puesto que esto está chocando contra los límites biofísicos del planeta. Y en ese sentido es donde podemos decir que esta pandemia no es una pandemia viral, es una endemia capitalista.



# INDICACIONES PARA LOS AUTORES PRESENTACIÓN DE CONTRIBUCIONES PARA LA REVISTA NUEVOS TIEMPOS

1. Los trabajos se enviarán al comité editorial de la REVISTA NUEVOS TIEMPOS a la Carrera 48 #24 – 104 Medellín, o al correo electrónico: [relacionescorporativas@cohan.org.co](mailto:relacionescorporativas@cohan.org.co) Consultas sobre envíos de trabajos pueden hacerse a esas mismas direcciones, también al número telefónico (574) 605 4949 Ext. 1703.
2. Los temas deben tener relación con los propósitos GENERALES de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, especialmente con su propósito educativo de formación para el trabajo y el desarrollo humano, el mejoramiento de los servicios de salud mediante la investigación, transferencia de tecnología y suministro de insumos para un desarrollo integral de sus colaboradores, asociados y entidades del sector salud y cooperativo; y con su accionar dentro de los sectores solidario y de salud, como resultado del alto desarrollo organizacional que posibilita la misión social de sus asociados.
3. Se admiten solo artículos inéditos, originales, que mientras sean sometidos a consideración con fines de publicación en NUEVOS TIEMPOS, no podrán ser enviados a otras revistas. Los textos deben ser en español o inglés, CON UNA EXTENSIÓN de 15 hojas tamaño carta, doble espacio, letra *Times News Roman* tamaño 12. El original, SERÁ ENTREGADO EN SOPORTE DIGITAL en Software *Microsoft Word*; gráficos en *Excel* o *Power Point*. Si se trata de una investigación debe incluir: introducción, *abstract*, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, palabras clave para describir el contenido. Las ilustraciones y tablas deben ser numeradas en secuencia, provistas de título y referidas dentro del texto; su origen, citado como parte de la explicación.
4. El título del trabajo será lo más breve posible, en español e inglés. El (los) nombre(s) del (los) autor (es) incluye (n) profesión(es) a que pertenece(n), correo electrónico, teléfono.
5. El resumen: todo trabajo debe incluir un resumen en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que se describen los aspectos centrales de artículo como objetivos, diseño, contexto, resultados, conclusiones.
6. Referencias bibliográficas: deben ser incluidas al final del trabajo, citando en forma completa: autor (es), nombre del artículo, o texto, lugar de publicación, editorial, fecha de publicación. Si se trata de un artículo de una revista, incluir el nombre completo de ésta, volumen, número, año, página. En los casos de trabajos citados por fuente secundaria, las referencias deben corresponder al original, si se conoce. Las notas al pie de página deben ser incluidas en casos excepcionales y contener

únicamente textos adicionales, no referencias bibliográficas; identificarlas con asteriscos para diferenciarlas de las anteriores.

7. El Comité Editorial dará aceptación o no a los trabajos, de acuerdo con sus políticas de difusión educativa y de formación y a los conceptos de los evaluadores externos en los casos que sean necesarios. Este organismo se reserva el derecho de hacer modificaciones editoriales que encuentre necesarios: condensación de textos, eliminación de tablas y gráficos.
8. Los autores recibirán ejemplares de la REVISTA NUEVOS TIEMPOS físicos; los originales y archivos digitales, así como

los derechos de reproducción total o parcial serán de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia.

9. Los artículos RESULTANTES DE PROCESOS DE INVESTIGACIÓN serán evaluados por dos (2) evaluadores externos. De acuerdo con su evaluación y recomendaciones, el Comité Editorial se reserva el derecho de incluir una tercera evaluación y de publicar o no el artículo. EN CUALQUIER CASO LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN SERÁN INFORMADOS A LOS AUTORES RESERVANDO LA IDENTIDAD DEL NOMBRE DEL EVALUADOR.

## CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN

Revista **Nuevos Tiempos**  
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

BARRIO/(Sector) \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ PAIS: \_\_\_\_\_

✂

**La suscripción en Colombia es por un año.  
A nivel internacional puede hacerla por dos años,  
la suscripción es Gratuita.**

Para efectos de registro y entrega sin costo de la Revista Nuevos Tiempos,  
le solicitamos remitir este formato a la dirección que se relaciona a continuación  
de COHAN ó del Politécnico COHAN:

**Cooperativa de Hospitales de Antioquia**  
Carrera 48 N° 24 - 104, Medellín, Antioquia  
PBX: (57) (4) 605 4949  
relacionescorporativas@cohan.org.co

**Politécnico COHAN Ciencias de la Salud**  
Calle 56 N° 41-46, Medellín, Antioquia  
PBX: (57) (4) 605 1222 - 310 364 91 04  
admisiones@politecnicocohan.edu.co

Revista **NuevosTiempos**

Calle 56 N° 41-46 Medellín, Colombia  
PBX: 604 605 12 22 e-mail: [rectoria@politecnicocohan.edu.co](mailto:rectoria@politecnicocohan.edu.co)  
[www.politecnicocohan.edu.co](http://www.politecnicocohan.edu.co)

