



Pandemia y/o pandemónium

Encrucijadas de la salud pública
latinoamericana en un mundo global

Ana Sojo

Consultora independiente
anasojomartinez[@]gmail.com

Resumen

Este documento de trabajo aborda, en primer lugar, los graves pronósticos realizados en el último decenio acerca de los riesgos pandémicos, y el sombrío diagnóstico sobre la falta de preparación de los países para encararlos. En segundo lugar, realiza un breve contrapunto de las capacidades que se preveía que tendrían los países, con su trayectoria efectiva respecto de la COVID-19. Finalmente, se analizan las estrechas ventanas de intervención temprana relacionadas con las características del virus, y algunos problemas de gobernanza sistémica para combatirlo, con énfasis en América Latina, pero desde una perspectiva global.

Palabras clave

América Latina, COVID-19, desigualdad, gobernanza global, salud.

Abstract

This working paper presents the forecasts about the serious risks of a pandemic, issued in the last decade and the dark diagnosis about the lack of preparation of the countries to face them. Secondly, the document compares the expected capacity of the countries with the actual performance of their management. Finally, it analyzes the windows of early intervention, related to the characteristics of the virus, and identifies —from a global perspective— some systemic governance problems, with an emphasis on Latin America.

Keywords

Latin America, COVID-19, inequality, global governance, health.

Ana Sojo

Consultora independiente. Costarricense. Experta en protección social (salud y pensiones), cohesión social, políticas de cuidado y contra la pobreza, y desigualdad. Doctora en Ciencias Económicas y Sociales, y Máster en Sociología por la Universidad Libre de Berlín. Entre mayo 1989 y enero 2016 fue funcionaria de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Entre 2003 y 2005 se desempeñó como jefa de la Unidad de Desarrollo Social en México. Ha sido coautora y coordinadora de diversas publicaciones institucionales. Entre 1981 y 1988 fue profesora, investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas y directora de la Maestría Centroamericana en Sociología en la Universidad de Costa Rica. Es autora y coautora individualizada de numerosos libros y artículos especializados. Entre sus publicaciones más recientes se cuentan: *Protección social en América Latina. La desigualdad en el banquillo* (2017), Libros de la CEPAL n° 143; “Lecciones de América Latina. Desafíos para la reforma pensional en Colombia” (2019), en C. López (ed.): *La reforma pensional en Colombia. El debate pendiente. Lecciones de América Latina*, Banco de la República; “La cohesión social democrática como guía de las políticas públicas: una perspectiva conceptual y metodológica renovada” (2019), *Serie aprendizajes en cohesión social*, Colección eurosocial n° 1; “Social Protection in Latin America: Toward Universalism and Redistribution” (2018), en J.A. Ocampo y J. Stiglitz: *The Welfare State Revisited*, Columbia University Press; o “La cohesión social democrática, brújula indispensable en una época de desconcierto” (2017), Ha colaborado en el capítulo sobre “Desigualdad y progreso social” del *The International Panel on Social Progress* (IPSP) presidido por Amartya Sen; y en el libro *Rethinking Society for the 21st Century. Report of the International Panel on Social Progress*, publicado en 2018 por Harvard University Press.



Un hombre es aplastado.

En este instante.

Ahora.

(...) Una mujer temblorosa aprieta

el brazo de su acompañante.

Él vuelve hacia ella un rostro

tan largo como un número de serie

y dice “El sesenta por ciento de los muertos

por accidente en carreteras

son peatones”.

La mujer deja de temblar: todo está controlado.

(...) A punto estuvo de gritar, desde esa carne ajena,

pero el orden contuvo a tiempo ese delirio.

Chantal Maillard, *Matar a Platón*, 1 y 8 (2004).

Das alte Lied: Nicht die Untat, ihre Ankündigung macht die Menschen blaß,
auch wütend... Und das wir lieber den bestrafen, der die Tat benennt, als den
der sie begeht...

Eternamente lo mismo: no la maldad, sino su augurio, es lo que hace palidecer
y también enfurecer a los seres humanos... Y que preferimos castigar al que
da nombre a los delitos, que al que los perpetra...

Das wichtigste an diesen Traum, Cassandra, war dein Bemühen, auf eine ganz
und gar verkehrte Frage doch eine Antwort zu versuchen. Daran sollst du dich,
wenn es dazu kommt, erinnern.

Lo más importante de ese sueño, Casandra, era tu esfuerzo por intentar dar
siempre una respuesta a una pregunta completamente equivocada. Cuando
llegue el momento, deberás recordar eso.

Christa Wolf, *Kassandra* (1983), traducción propia.

1. Pandemias pronosticadas, y algunas características de la COVID-19 cuasi descritas en clave de advertencia

Los científicos asocian la existencia de los virus, altamente eficientes para poder replicarse tan pronto hay células receptoras que infectar, con el inicio de la vida en nuestro planeta. La transmisión de enfermedades desde animales —que ha estado relacionada, entre otros aspectos, con su domesticación— es tan antigua como la historia humana. Por ejemplo, el virus de la viruela, enfermedad erradicada finalmente a mediados del siglo XX, asociaba componentes genéticos de camello, vaca y mono (Kolbert, 2020).

A raíz del grave carácter de recientes infecciones, hace algunos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó una hoja de ruta sobre enfermedades animales que han sido transmitidas a los humanos, cuyo estudio consideraba prioritario para evitar una pandemia. Advirtió del riesgo de que, en ese marco epidemiológico, un patógeno desconocido provocara una epidemia mundial. La institución denominó al patógeno no identificado “enfermedad X”, con el objeto de señalar que, precisamente por desconocerse su capacidad para enfermar a los seres humanos, este tendría la potencialidad para producir una seria epidemia internacional. La inclusión de la “enfermedad X” en la lista de enfermedades del denominado *R&D Blueprint* de la OMS también buscaba advertir que la preparación en investigación y desarrollo fuese relevante para avanzar en ese frente¹.

Más recientemente, en mayo de 2018, el Banco Mundial y la OMS cofundaron la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación² (en adelante GPMB, por sus siglas en inglés)³, ente independiente que tiene como fin proporcionar evaluaciones y recomendaciones “lo más francas posibles en términos de la vigilancia y la promoción de la acción política para prepararse ante las emergencias sanitarias de ámbito mundial y mitigar sus efectos”. A tal fin, la Junta examinó, entre otros datos, las recomendaciones anteriores de grupos y comisiones de alto nivel, establecidos tras la pandemia de la gripe H1N1 de 2009, y del brote de ébola de los años 2014-2016, además de encargar informes especiales. Constató que muchas de las recomendaciones examinadas se habían aplicado deficientemente, o no fueron aplicadas en absoluto.

En setiembre de 2019, la entidad lanzó el primer Informe anual sobre la preparación mundial para emergencias sanitarias: *Un mundo en peligro* (GPMB, 2019). En él, se revisaban las necesidades más urgentes y las medidas requeridas para acelerar la preparación ante emergencias sanitarias, centrándose particularmente en los riesgos biológicos que se manifiestan como epidemias y pandemias. Asimismo, determinaba los ámbitos en que los esfuerzos de previsión funcionan y en los que no, considerando siete aspectos: gobernanza y coordinación; capacidades de preparación en los países; investigación y desarrollo; financiación; mejora de la confianza y colaboración de la comunidad; preparación ante una pandemia provocada por un patógeno respiratorio de consecuencias nefastas, para la gestión de la misma; y enseñanzas aprendidas y deficiencias persistentes reveladas en los brotes de la enfermedad por el virus del ébola en África.

La conclusión de este certero informe sobre la limitada capacidad global para prevenir y contener una amenaza sanitaria generalizada destaca por su sombrío e inquietante diagnóstico:

¹ Al respecto, ver World Health Organization Research and Development (R&D) (2020): Blueprint.

² La traducción, no muy afortunada, del vocablo inglés *preparedness* como preparación, connota la capacidad de previsión y alerta. La Junta está integrada por 15 miembros que participan a título personal. Está presidida por Gro Harlem Brundtland y Elhadj As Sy.

³ Esta sigla se utiliza también en la documentación que publica la Junta en español.

El mundo corre un grave peligro de padecer epidemias o pandemias de alcance regional o mundial y de consecuencias devastadoras, no solo en términos de pérdida de vidas humanas sino de desestabilización económica y caos social. Dicha vulnerabilidad se ve acrecentada por un aumento de los brotes que tienen lugar en el contexto de complejas emergencias humanitarias, así como por una convergencia sin precedentes de tendencias de carácter ecológico, político, económico y social, entre las que cabe mencionar el crecimiento demográfico, la progresiva urbanización, la integración mundial de la economía, la aceleración y generalización de los desplazamientos, los conflictos, las migraciones y el cambio climático (GPMB, 2019: 11-12)

También destacaba su taxativo llamado a la acción inmediata y la pertinencia de sus específicas y claras recomendaciones en una amplia gama de ámbitos:

Durante demasiado tiempo hemos permitido que se suceda un ciclo de pánico y abandono en las pandemias: prodigamos esfuerzos cuando surge una amenaza grave y nos olvidamos rápidamente cuando la amenaza remite. Ha llegado el momento de actuar... Lo que necesitamos es liderazgo y la voluntad de actuar con firmeza y eficacia (GPMB, 2019: 6).

En medio del presente escenario generado por la COVID-19, de manera retrospectiva, adquiere también múltiples resonancias uno de los estudios de base que fue encargado por la Junta al Johns Hopkins Center for Health Security, sobre la previsión de un patógeno respiratorio pandémico de alto impacto. Tanto el diagnóstico como la definición del patógeno en cuestión parecen una precoz descripción de algunas desafiantes y singulares propiedades biológicas de la COVID-19. El estudio resulta iluminador para comprender la profundidad del reto que ha debido enfrentarse, y para reflexionar sobre el trasfondo de la polémica acerca de la precisión de las propiedades del virus: un debate que ha concitado a especialistas y a autoridades nacionales y supranacionales, en cuanto a las formas de transmisión del virus por el aire, y a la capacidad infecciosa de las personas que no manifiestan síntomas⁴. Según se expone:

Este informe examina el actual estado de preparación para pandemias causadas por “patógenos respiratorios de alto impacto”, a saber, patógenos con *potencial para una extendida transmisión y alta mortalidad* observada. Si emergiera un patógeno respiratorio de alto impacto, de manera natural o como resultado de un escape accidental o deliberado, *tendría significantes consecuencias de salud pública, económicas, sociales y políticas. Novedosos patógenos respiratorios de alto impacto combinan cualidades que contribuyen a su potencial para iniciar una pandemia. Las posibilidades combinadas de cortos períodos de incubación y de propagación asintomática pueden redundar en ventanas muy estrechas para interrumpir la transmisión, dificultando la contención de tal brote.* El potencial de los patógenos respiratorios de alto impacto para afectar muchos países a la vez, requerirá enfoques internacionales distintos a los típicos que han ocurrido en eventos limitados geográficamente, como la crisis del ébola que está ocurriendo en la República Democrática del Congo. La falta de atención global y de consideración de esta amenaza evidencia la urgencia de poner atención en la preparación ante epidemias y pandemias que pueden ser causadas por patógenos respiratorios de alto impacto. Aunque hay un traslape entre los sistemas y capacidades requeridos para responder a cualquier brote de alguna enfermedad, un patógeno respiratorio de alto impacto plantea serios desafíos adicionales que merecen especial consideración (Nuzzo *et al.*, 2019: 6, traducción propia, subrayados nuestros).

Este estudio evaluó 10 áreas funcionales: mecanismos de preparación global; involucramiento y coordinación multisectorial; vigilancia, monitoreo y evaluación; sistemas de salud y de gestión clínica; involucramiento comunitario; comunicación de riesgo; investigación y desarrollo de soluciones médicas; intervenciones no farmacéuticas; fugas accidentales y bioseguridad; y uso deliberado y bioseguridad.

⁴ Ver un interesante y matizado recuento periodístico de aspectos de esta polémica en: *The Daily*, 9 de julio de 2020.

Además, presentó propuestas específicas en cada una de ellas para mejorar la capacidad de actuación frente a este tipo de patógenos.

Como se ve, hay elementos cruciales, nítidamente identificados, en estas evaluaciones y recomendaciones reseñadas: a) la amenaza de un patógeno que, precisamente por ser desconocido, tiene una inherente capacidad pandémica; b) las constelaciones que acrecientan los brotes pandémicos; c) los riesgos específicos de novedosos patógenos respiratorios de alto impacto; y d) la falta de atención y de consideración global de estas amenazas.

Por otra parte, como bien sistematiza Sanahuja (2020), la mención de las pandemias como riesgo o amenaza a la seguridad nacional se había convertido en una constante de las doctrinas y estrategias de seguridad en la mayor parte de los países avanzados, lo que implicaba una notable ampliación del concepto de seguridad, un reconocimiento de sus vínculos transnacionales, y su dimensión no militar, que la aproximaba a la idea de “seguridad humana”.

A tenor de lo dicho, discrepamos de los juicios sobre la pandemia en marcha que afirman que supone un cambio discontinuo y catastrófico, que implica entrar en un territorio en el que se improvisa, se erra y se experimenta en términos técnicos y políticos “especialmente cuando no se ha identificado bien la naturaleza del problema. La mayor parte de estas equivocaciones prácticas obedecen a falta de conocimiento, bien porque no se ha hecho el esfuerzo correspondiente (generación de saber experto, deliberación colectiva, previsión y estrategia), bien debido a que la propia naturaleza de estos fenómenos los pone fuera del alcance de nuestro conocimiento” (Innerarity, 2020: 215).

Volveremos sobre este asunto cuando se examine la realidad de la procrastinación de políticas e intervenciones —pese a la identificación previa de riesgos y amenazas—, y las graves consecuencias que ello implica, al impedir una preparación adecuada ante las exigencias de lo desconocido, y una organización de estrategias sistémicas a partir de la experiencia y del conocimiento acumulado en materia epidemiológica y sanitaria.

2. El Índice global de seguridad en salud, contrapunteado con la trayectoria efectiva de la COVID-19

Tras calificar como un riesgo mundial omnipresente la posibilidad de que un brote infeccioso condujese a epidemias internacionales o pandemias, el Johns Hopkins Center for Health Security elaboró el *Índice global de seguridad en salud*, concebido como un recurso clave para cuantificar y evidenciar la magnitud de las brechas que deben enfrentar los países en cuanto a su preparación ante estos riesgos, en aspectos preventivos, de mitigación y de atención de salud.

Como marco general, el *Índice* parte de que tales riesgos pueden multiplicarse en un mundo interconectado, sujeto a rápidos cambios, con una creciente inestabilidad política, de gran urbanización, y sometido al cambio climático y a avances tecnológicos que facilitan y abaratan el diseño y creación de patógenos. Se postula que, en ausencia de una sociedad estable y pacífica, que no garantiza el acceso al cuidado de la salud, se incrementa el desafío de los países para poder parar brotes en sus orígenes. Se subraya que la seguridad global sanitaria depende de un ambiente estable en los ámbitos políticos, social y económico; de sistemas de salud fuertes; y de una dotación robusta de personal de salud. Tales condiciones subyacentes tienen una influencia crucial en la capacidad para prevenir brotes que pudieran derivar en epidemias. En este sentido, se visualizaba que los líderes en materia de salud se enfrentan a un mundo que no está preparado para gobernar y coordinar una respuesta exitosa a estos riesgos (Cameron, Nuzzo y Bell, 2019: 34).

Las consecuencias de la falta de preparación se formulan sin ambages. Se postula que es imperativo reducir, urgentemente, los riesgos biológicos globales, cuya escala sin precedentes pueden causar daños a la humanidad, puesto que tienen la virtualidad de socavar a largo plazo el potencial civilizatorio: descontroladas, las pandemias pueden transformarse en riesgos biológicos y, con ello, conducir a un gran sufrimiento, a pérdidas de vidas, y a un daño sostenido de los gobiernos nacionales, las relaciones internacionales, las economías, la estabilidad social y la seguridad global. Las tendencias tecnológicas, los profusos viajes, la escala del comercio, y el terrorismo aumentan el riesgo de un evento biológico de carácter catastrófico. Pese a ello, el *Índice* señalaba que los/as dirigentes no habían trazado planes para este tipo de eventos biológicos, causados por nuevos agentes biológicos naturales, o diseñados, con capacidad de producir daños duraderos, a escala global (Cameron, Nuzzo y Bell, 2019: 34). Leídas pocos meses después de publicarse, cuando la humanidad enfrenta la lucha contra la COVID-19, estas reflexiones y postulados del *Índice*, en tanto instrumento, crepitan y reverberan como sentencias, y adquieren el peso de un desatendido *omen*.

En la elaboración del *Índice*, se consideraron las capacidades de los países, no en términos nominales, sino en capacidades efectivamente probadas. Abarca seis categorías: prevención; detección y reportaje; rapidez de respuesta; sistema de salud; conformidad con las normas internacionales y entorno del riesgo. El análisis mostró que ningún país se encontraba plenamente preparado para gestionar epidemias o pandemias y que, en términos colectivos, la preparación internacional era débil: muchos países evidenciaban no tener capacidad para prevenir, detectar y responder a brotes infecciosos significantes. De ahí que la media del puntaje global de los 195 países evaluados se limitase a 40,2, en una escala de puntaje máximo de 100. En los 60 países de mayores ingresos, el puntaje promedio era de 51,9; mientras que el promedio de 116 países de ingresos medios no llegaba a 50. Se constataban, en general, las severas debilidades para prevenir, detectar y responder a las emergencias de salud; las graves brechas en los sistemas sanitarios; las vulnerabilidades por los riesgos políticos, socioeconómicos y ambientales que pueden obstruir la preparación y la respuesta ante los brotes; y, finalmente, una falta de adherencia a las normas internacionales.

La desafortunada tesitura mundial en la que nos encontramos permite contrapuntar las capacidades nacionales que los rankings y categorías del *Índice* sintetizaban, con la trayectoria real en los países de dos dimensiones principales: el contagio y la mortalidad del virus. Esbozaremos un breve contrapunto en algunos países que muestran importantes distancias entre el potencial denotado por el *Índice* y su trayectoria efectiva. A tal fin se utilizan cifras nacionales sobre la trayectoria del coronavirus en América Latina y otras latitudes, con algunos parámetros que las hacen más comparables (Borja, Grasso, Llaneras y Galindo, 2020). En cuanto al *Índice*, solo incluimos el puntaje global obtenido por los países, sin desglose por categorías.

El número de infectados y fallecidos da cuenta de la previsión y acción en aspectos preventivos, de mitigación y de atención sanitaria respecto del coronavirus. En cuanto a la región latinoamericana queremos subrayar, en términos relativos, que el comportamiento en varios países discrepa notablemente de lo que podría haberse esperado conforme al *Índice* en cuanto a su preparación para gestionar estos riesgos, en aspectos preventivos, de mitigación y de atención de salud⁵. Por ejemplo, en el ranking de los 195 países del mundo evaluados, Brasil ocupa el puesto 22 y, dentro de los 33 países latinoamericanos y caribeños, el primer lugar (Cuadro 1). Pero la propagación del virus y el número de muertos, en proporción a su población, se revela muy alto. Algo parecido sucede con Chile. En ambos países, conforme al ranking y a su puntaje en el *Índice*, hubiese cabido esperar otros resultados. También es el caso en el grupo de los países más ricos (Gráficos 1 y 2). Estados Unidos aparece primero en el ranking del *Índice*,

⁵ El texto de los cuadros y gráficos relativos al *Índice* que se presentan están en inglés. Se extraen del *Report Model* del 2019 *Global Health Security Index*, plataforma digital únicamente disponible en ese idioma.

con el puntaje más alto de los 195 países examinados, bien lejos no obstante de su desempeño en términos de capacidad para limitar la propagación del virus y contener el número de fallecidos (y, por qué no, de ejercer, en razón de lo subyacente al ranking, un liderazgo mundial positivo). En cambio, Alemania o Nueva Zelanda aparecen en términos relativos como países bastante exitosos en su cometido, mejor del previsto según la distancia respecto a Estados Unidos.

Este ejercicio de contrapuntear el *Índice* con las trayectorias de la pandemia de algunos países no pretende objetar su validez, ya que se trata de un instrumento que reúne dimensiones y categorías pertinentes, elaboradas con indicadores detallados. El sentido del contrapunto como hipótesis de trabajo, es proponer que se consideren sobredeterminaciones de índole política, que han mostrado tener un papel crucial en la forma sobre cómo se ha encarado la pandemia, precisamente por el complejo contexto global y las coyunturas políticas que los países atravesaban en el momento inicial del brote pandémico y desde entonces. Cabría introducir eventuales ajustes al *Índice* a partir de la categoría denominada “entorno del riesgo” que admite agregar variables que capten más cabalmente el carácter de ese riesgo. Es así como gobiernos de ultraderecha han subordinado su política a lógicas de polarización interna, obstaculizando aún más la respuesta sanitaria (Sanahuja, 2020: 41). Sugerimos que la categoría del *Índice* “entorno del riesgo” debería contemplar, como una de sus dimensiones, el grado de polarización política de cada país, medible mediante indicadores que, en la medida de lo posible, sean sensibles al ámbito sanitario, de acuerdo con una documentación pertinente. Otras dimensiones importantes relativas al “entorno del riesgo” debieran reflejar la fortaleza institucional de la que goza la vigilancia epidemiológica, su implantación territorial y su vínculo con las entidades subnacionales y con los sistemas de salud, a fin de poder analizar su capacidad de resiliencia ante embates políticos.

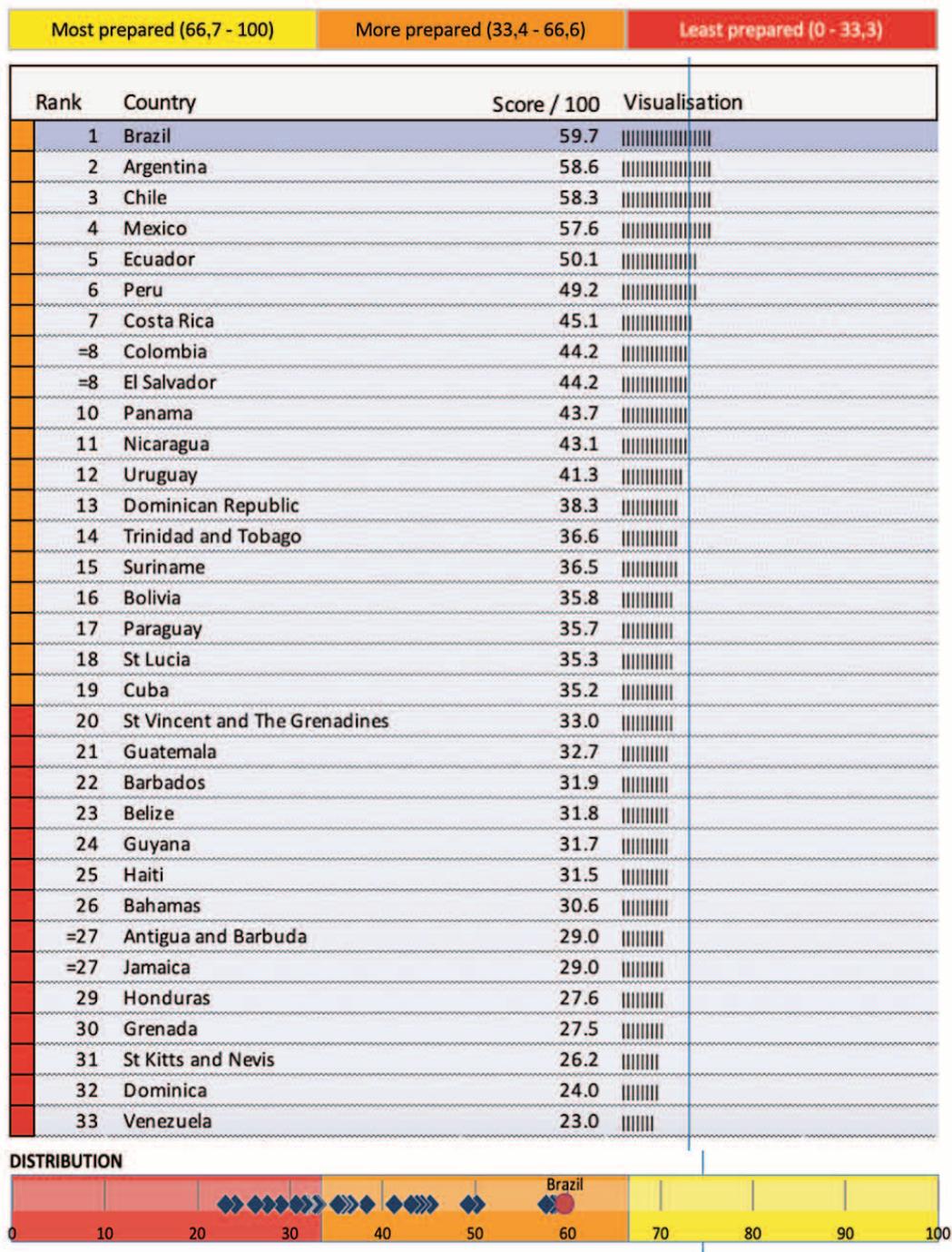
La polarización política resulta clave para entender los éxitos o fracasos en la lucha contra la pandemia, en muy diferentes latitudes del planeta, y en países con muy diferentes niveles de desarrollo. En efecto, Brasil ocupa la primera posición del *Índice* en la clasificación de los países latinoamericanos. No en vano, es un país que tradicionalmente ha enfrentado desafíos de salud contando con un sistema público sanitario de vocación universal, bastante sofisticado en el contexto de la región. Además, ha desarrollado políticas de ciencia, tecnología e innovación a nivel federal con el objetivo de lograr complementariedades entre el sector industrial y los servicios de salud. Estos esfuerzos han estimulado procesos de innovación científica y técnica en torno a la producción farmacéutica, de vacunas, tecnología médica, productos derivados de la sangre, relevantes dentro del establecimiento de prioridades de la política nacional de salud (d'Ávila Viana *et al.*, 2015: 16-20). Además, Brasil ha desarrollado un importante sistema de vigilancia epidemiológica, cuyo proceso de descentralización se inició en 1999, a partir de la descentralización del Sistema Único de Salud (SUS) (Silva Júnior da, 2004). Así, el país mostró una alta capacidad de innovación como, por ejemplo, en la lucha contra el zika, anulando la capacidad reproductora de los mosquitos. Al mismo tiempo, también destacó por su gran capacidad de negociación ante las farmacéuticas respecto de los tratamientos contra el VIH. Pero, pese a sus numerosas fortalezas institucionales, el sistema brasileño se ha visto seriamente fragilizado ante la COVID-19, debido a la imprevista negacionista del presidente Jair Bolsonaro, con los funestos resultados observados, en términos de registros récord en número de contagios y fallecidos. Funcionarios con larga experiencia en vigilancia epidemiológica y en el sector salud de Brasil, equipados y entrenados a la altura del desafío de la pandemia, han lamentado que “tanto era lo que podríamos haber hecho en los *valiosísimos primeros días* de la epidemia para combatirla, prepararnos y salvar vidas” (Londoño, 2020, subrayado nuestro).

Por su parte, Costa Rica, país que ocupa el séptimo lugar en el ranking del *Índice*, logró durante varios meses una contención importante de la pandemia, y demostró una buena capacidad de testeo, de modo que ostentó la menor tasa de mortalidad por casos detectados de la región. No obstante, en el momento de redacción de estas líneas (mediados de julio de 2020), Costa Rica lamentablemente se

encuentra en un punto de inflexión debido a brotes de infección comunitaria en zonas muy vulnerables de la capital, a la afluencia de trabajadores temporeros en la zona norte del país —sometidos a pésimas condiciones sanitarias de habitabilidad y falta de distanciamiento social en el trabajo—, a la porosidad con las fronteras de dos países (Nicaragua y Panamá) que registran altas tasas de infección, y a la no ampliación en los ámbitos local y regional de una significativa capacidad de testeo, que tendría que haberse impuesto por las previsibles vicisitudes de la peste.

CUADRO 1. Índice global de seguridad en salud, 2019: América Latina (países seleccionados)

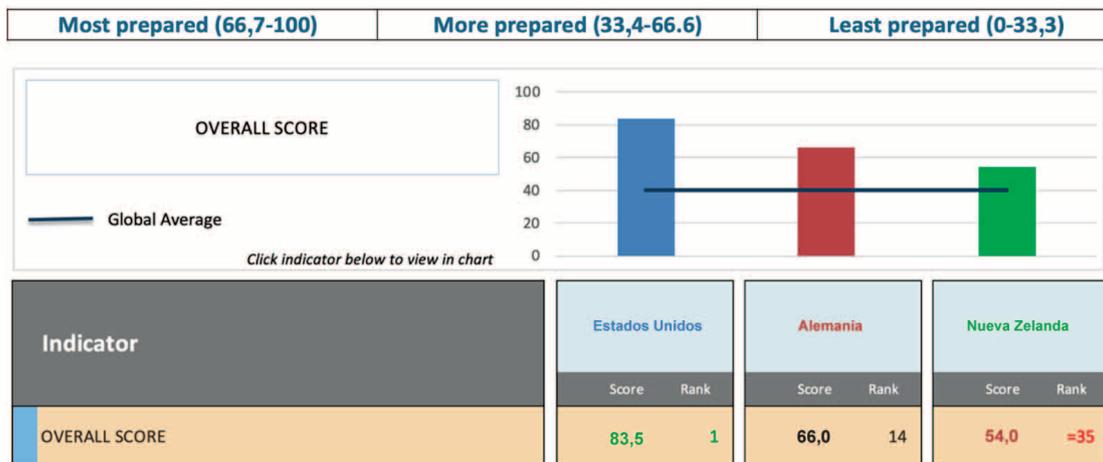
Puntajes generales, clasificaciones y distribución, por región (datos normalizados en una escala de 0 a 100, donde 100 = mejores condiciones de seguridad sanitaria)



Fuente: 2019 *Global Health Security Index*, Report Model.

GRÁFICO 1. Índice global de seguridad en salud, 2019: Estados Unidos, Alemania y Nueva Zelanda

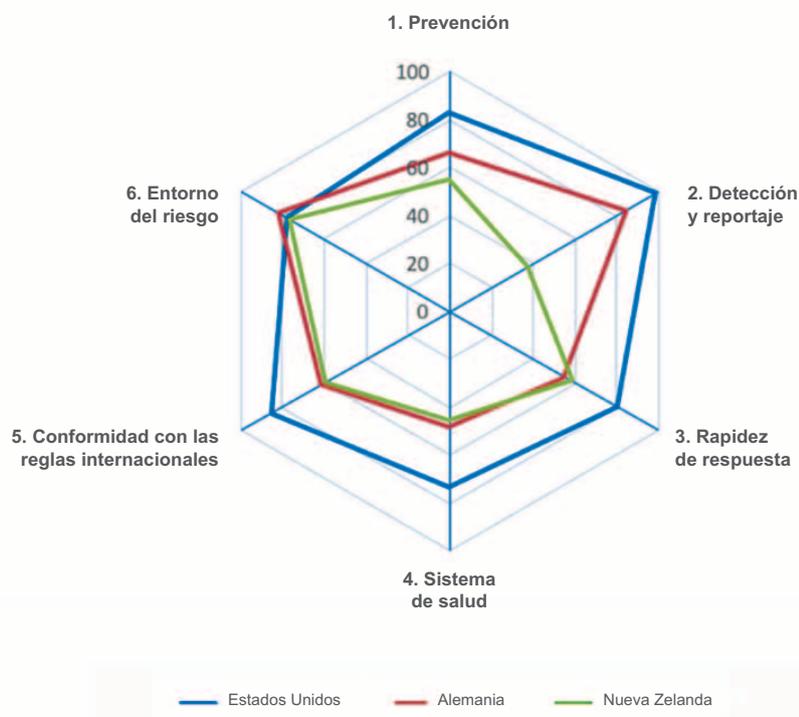
Comparación de sus puntajes y clasificaciones (datos normalizados en una escala de 0 a 100, donde 100 = mejores condiciones de seguridad sanitaria)



Fuente: 2019 *Global Health Security Index*, Report Model.

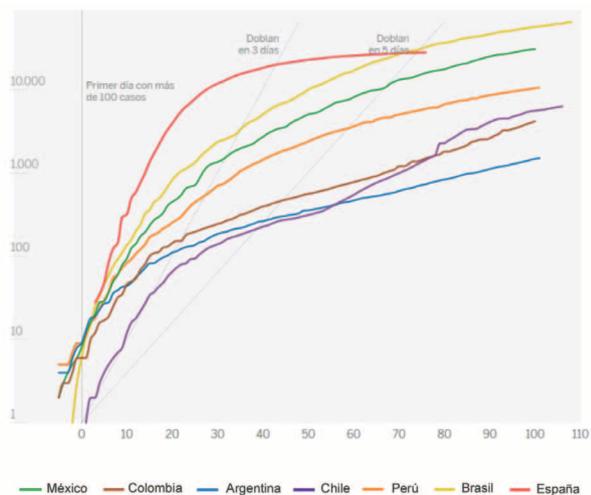
GRÁFICO 2. Índice global de seguridad en salud, 2019: Estados Unidos, Alemania y Nueva Zelanda

Comparación de sus puntajes y clasificaciones (datos normalizados en una escala de 0 a 100, donde 100 = mejores condiciones de seguridad sanitaria)



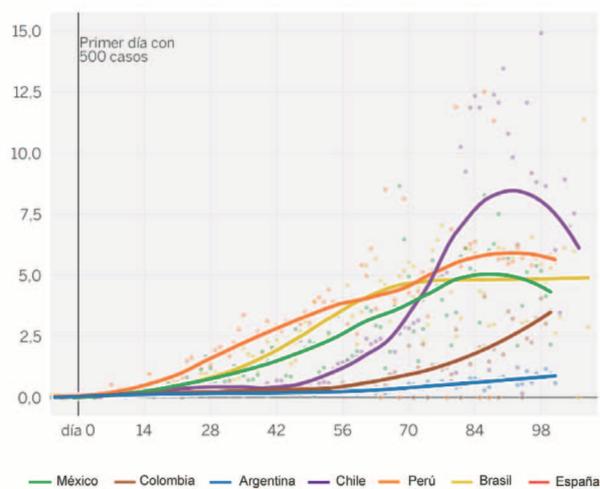
Fuente: 2019 *Global Health Security Index*, Report Model.

GRÁFICO 3. Evolución de fallecidos



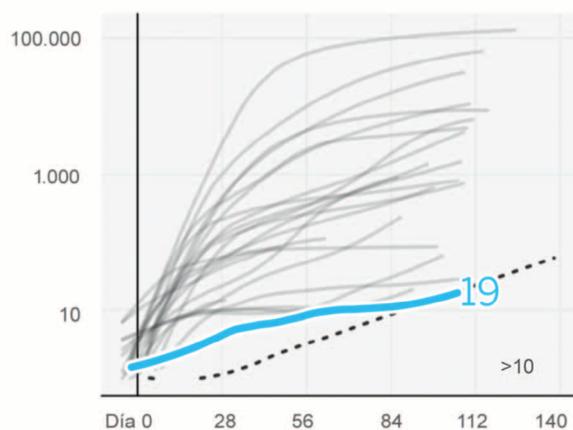
Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

GRÁFICO 4. Fallecidos diarios por millón de habitantes



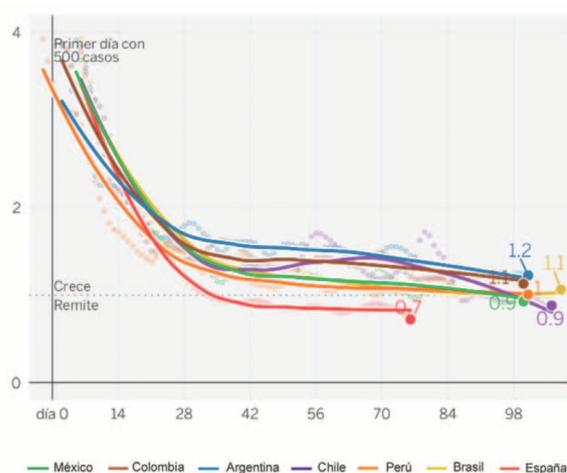
Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

GRÁFICO 5. Costa Rica: fallecidos acumulados por coronavirus en Costa Rica (azul) vs. demás países de las Américas (gris) (en escala logarítmica)



Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

GRÁFICO 6. Número reproductivo (R)



Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

CUADRO 2. Curvas de otros países

País	Muertes	por millón	Casos	por millón	Muertes diarias
España	27.940	597	280.117	5.986	
Chile	6.308	337	295.532	15.779	
Perú	10.589	331	302.718	9.463	
Brasil	64.867	310	1.603.055	7.653	
Ecuador	4.781	280	61.958	3.627	
México	30.639	243	256.848	2.035	
Panamá	747	179	38.149	9.133	
Bolivia	1.434	126	39.297	3.461	
Colombia	4.178	84	113.685	2.290	
República Dominicana	794	75	37.425	3.522	
Honduras	639	67	23.943	2.497	
Guatemala	947	55	23.248	1.348	
Argentina	1.507	34	77.815	1.749	
El Salvador	217	34	7.777	1.211	
Nicaragua	83	13	2.519	390	
Haití	113	10	6.333	569	
Uruguay	28	8	956	277	
Cuba	86	8	2.372	209	
Costa Rica	19	4	4.996	999	
Paraguay	20	3	2.427	349	
Venezuela	65	2	7.169	248	

Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

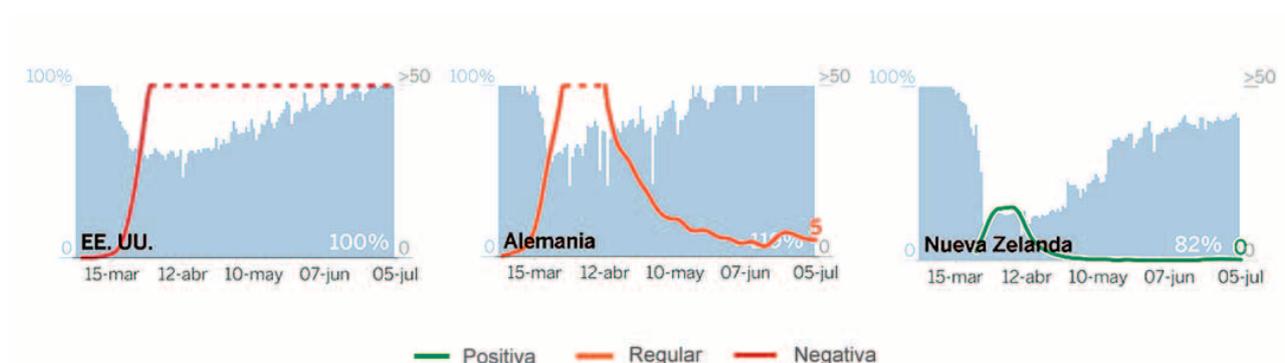
Analicemos la situación en tres países desarrollados seleccionados (Estados Unidos, Alemania y Nueva Zelanda), en los cuales su posición en el ranking del *Índice* (Gráficos 1 y 2) contrasta con sus logros efectivos (Gráficos 7 y 8).

En el caso de Estados Unidos, destaca el negacionismo y la instrumentalización de la pandemia, por razones de polarización, dentro del ignorante discurso trumpista. Se han producido confrontaciones

entre la visión del presidente Donald Trump y la de alcaldes y gobernadores de la oposición, además de con las agencias técnicas responsables de la vigilancia epidemiológica, a cargo de formular recomendaciones técnicas concomitantes. En este escenario, los mensajes cacofónicos conducen a desdibujar los contenidos técnicos de las medidas y propician la confusión de los mensajes que llegan a la ciudadanía.

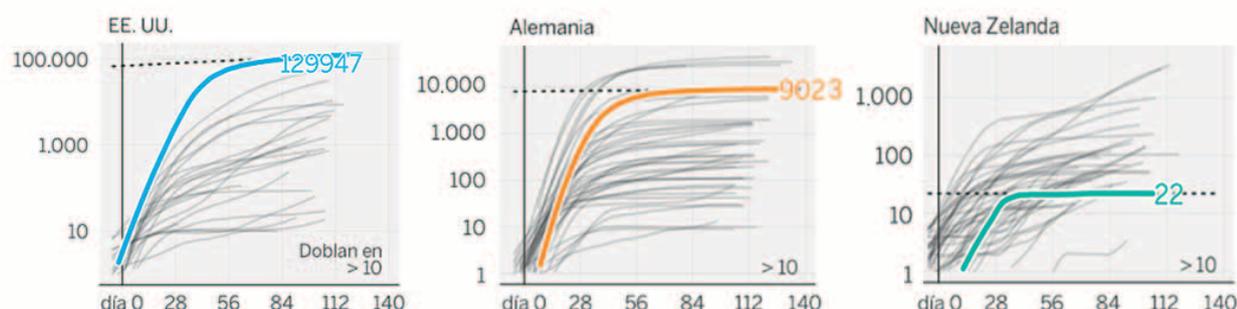
En Alemania y en Nueva Zelanda, por el contrario, se ha observado un liderazgo firme, fundado en razones científicas y técnicas, y un fortalecimiento de las capacidades institucionales de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas sanitarios, de acuerdo con planes nacionales claros. En Nueva Zelanda, por ejemplo, la existencia de un plan para enfrentar una pandemia de influenza permitió afianzar la preparación para un evento pandémico (Moy, 2020). En Alemania, por su parte, se han dedicado muchos esfuerzos y recursos a la trazabilidad del virus, se hacen muchos tests, y se formulan mensajes claros a la población, tanto por parte de las autoridades, como de los expertos en la materia.

GRÁFICO 7. Estados Unidos, Alemania y Nueva Zelanda: infección de COVID-19
Actividad y casos por millón



Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

GRÁFICO 8. Fallecidos acumulados en Estados Unidos (azul) vs. demás países de las Américas (gris); Alemania (naranja) vs. demás países de Europa; Nueva Zelanda vs. demás países de África y Oceanía (en escala logarítmica)



Fuente: Borja y otros, consultado el 6 de julio de 2020.

3. Estrechas ventanas de intervención y problemas de gobernanza sistémica: ¿ventanas trizadas, rebaños perdidos, martillazos en la penumbra y bailes sin coreografía?

El planeta está experimentando un cataclismo inesperado de interacción y traslape de las eras epidemiológicas. Las sociedades con mayores niveles de bienestar habían venido transitando hacia una creciente esperanza de vida, de la mano del predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas. Por otra parte, los países más pobres y con sistemas sanitarios más débiles enfrentaban una transición epidemiológica polarizada, con mayor presencia relativa de enfermedades transmisibles en perjuicio de los más pobres. Pero hoy, las eras epidemiológicas interactúan a escala planetaria, en países ricos, de mediano desarrollo y pobres. La escala de la pandemia, la capacidad de daño de la COVID-19 y de los riesgos biológicos que pueden manifestarse en forma de epidemias, requieren reconceptualizar las transiciones epidemiológicas. Tanto aquellos países con una carga múltiple de enfermedad, como aquellos en los que predominan las enfermedades no transmisibles, han ingresado en una nueva era epidemiológica signada por la virtualidad de pandemias.

El mundo no estaba preparado para gobernar y coordinar una respuesta exitosa a los riesgos pandémicos, y la tortuosa trayectoria concomitante en la lucha contra la COVID-19 pone sobre el tapete la pregunta acerca de cuáles son los factores subyacentes tras la procrastinación de políticas vigorosas en la materia. Como advierte Barr, en el contexto del debate sobre las pensiones, y trayendo a colación lecciones de la economía del comportamiento y de la neurociencia, existen serias restricciones al poder de decisión (*bounded will power*). El comportamiento de los seres humanos sería una lucha constante entre decisiones de corto plazo, más impacientes y sujetas a gratificaciones o necesidades inmediatas, y de largo plazo, visualizadas como más racionales. Por tanto, la presunta racionalidad se ve sensiblemente limitada por el aplazamiento de decisiones, que son dejadas para más adelante. Así, cuando el futuro llega, se transforma en el presente y, entonces, gana el corto plazo (Barr, 2014). Análogamente, la procrastinación de políticas públicas en materia de epidemias y pandemias parece manifestar lo que se ha caracterizado como “un ciclo de pánico y abandono” ante el surgimiento y la remisión de amenazas graves (GPMB, 2019: 6), que alienta el cortoplacismo, y atenta contra las capacidades de alerta, previsión, planificación y afinamiento de las intervenciones y acciones.

Cabe subrayar que el cortoplacismo político se ha visto acentuado por las interdependencias e interacciones del mundo globalizado, en el cual, ya antes de la pandemia, estaba en juego la cohesión social en numerosos aspectos de la convivencia, que revelaban graves e inquietantes problemas: amplios desplazamientos de población por razones políticas y económicas, que originaron crisis de refugiados; crisis climáticas en varios puntos del planeta; o crisis políticas —incluso en los países más desarrollados—, que han implicado el debilitamiento y la transformación de los partidos tradicionales, ante el fortalecimiento de la ultraderecha y del populismo, y el ímpetu de movimientos secesionistas que amenazan la unidad nacional y las fronteras establecidas. El problema consiste en que, frente al desafío de brindar bienes colectivos y proteger adecuadamente a las poblaciones de los riesgos globales, se han reducido los márgenes de acción de los Estados nacionales, por dichas interdependencias e interacciones. Así, por ejemplo, campean restricciones para imponer impuestos a las grandes empresas transnacionales, en una relativa desconexión entre empresas, naciones y Estados. La asociación económica y política entre países se ve complejizada en medio de la globalización: en el caso de la Unión Europea, el poder ejercido por cada uno de los Estados, mediante normativas y reglas creadas en su seno junto con los otros miembros, ha generado en ciertos planos un alejamiento entre la sociedad y el gobierno.

Por su parte, América Latina se caracteriza por una tenaz y elevada desigualdad socioeconómica, por una creciente concentración de los frutos del desarrollo en manos de los hiperricos, por sendas caren-

cias en los ámbitos de la educación y de la formación profesional, y por restricciones en la difusión del progreso técnico y la innovación, punto muy problemático ante el aceleramiento de la innovación tecnológica que opera a escala planetaria. Además, en varios países —con un carácter e intensidad singular en cada uno de ellos— se experimenta una crispación social y política, que expresa polarizaciones en diversos ámbitos, debido a una serie de fenómenos que condensan una relativa desorganización social y una deslegitimación institucional: crisis de la política y de los partidos políticos; deslegitimación de sistemas políticos de muy diverso cariz; división desdibujada de los poderes del Estado en ciertas latitudes; atropellos a los derechos políticos y civiles; descontento ante la profusa corrupción y la relación incestuosa entre política y dinero; desborde del clientelismo; fortalecimiento de discursos y de agrupaciones políticas populistas y antipolíticas; expectativas frustradas de reformas profundas en protección social y educación; o socavamiento de la institucionalidad y de los lazos sociales por las densas y sangrientas redes del narcopoder y de la narcoeconomía (Sojo, 2018: 15 y 16; y Sojo, 2017).

La débil capacidad de previsión y alerta ante los riesgos biológicos, sus efectos sobre la gestión de la lucha sanitaria contra la pandemia, y la fragilidad de los dispositivos con que se cuenta para amortiguar el impacto socioeconómico, evidencian que la vulnerabilidad ante *shocks* —en este caso sanitario— está influida por las instituciones y, en términos amplios, por las características y la naturaleza de las estructuras sociales y políticas. En algunos casos, estos factores estructurales pueden incluso tener mayor peso que las propias perturbaciones directas del *shock* (Summer y Mallett, 2011), según lo han destacado desde hace décadas figuras como Jean Drèze y Amartya Sen en relación a las hambrunas, cuyos efectos están vinculados con los regímenes políticos (Sen, 1982).

De ahí la pertinencia de analizar, en la lucha contra la pandemia, una serie de cuestiones estructurales subyacentes. Se deben examinar: las características sistémicas previas al *shock* y los variados factores y procesos que las determinan; las condiciones estructurales en las cuales se inserta y existe el sistema; el tipo de perturbaciones o eventos de riesgo que experimenta el sistema; y las complejas interacciones entre esas dimensiones.

Esta perspectiva puede aplicarse en el análisis de resultados específicos, siendo pertinente preguntarse sobre la vulnerabilidad “ante qué” y “de qué”, planteando un enfoque de sistemas complejos que identifiquen las perturbaciones (*shocks*, de carácter repentino) y los factores estresantes (de carácter más gradual) (Summer y Mallett, 2011: 11). Ante el *shock* de la COVID-19, para abordar la pregunta sobre la vulnerabilidad “de qué”, pueden aventurarse algunas conjeturas respecto de la institucionalidad de la salud pública, de las condiciones estructurales en que ella se inserta, de su interacción con determinantes políticos que viabilizan, coartan o imposibilitan una lucha más eficaz, y de los determinantes supranacionales o globales con que interactúan las políticas nacionales.

Como se ha reseñado, la certeza de la amenaza pandémica previa a la COVID-19 no había permeado adecuadamente los sistemas sanitarios ni las políticas sanitarias nacionales, ni la colaboración internacional. Para estar a la altura de una respuesta sistémica, en lo preventivo, y en la mitigación y atención de salud concomitantes, se hubiese requerido contar con: una fuerte inversión en infraestructuras sanitarias; reestructuraciones de la dotación de personal; un diseño y una gestión de módulos flexibles de atención para diversos escenarios pandémicos; y una visión acerca de las interacciones transnacionales, y de los gobiernos nacionales con los subnacionales y locales. Más aún, una amplia y diversa gama de factores idiosincráticos había debilitado, por diversas razones, a muchos sistemas de salud del mundo: sobreajustes del financiamiento debido a crisis económicas y políticas; implantación de idearios neoliberales que propugnaban una mercantilización de los riesgos sanitarios y el quebrantamiento de la solidaridad y la universalidad como principios rectores; dualización del mercado laboral y debilitamiento de los sistemas contributivos; prestaciones no contributivas con prestaciones muy li-

mitadas; y, en algunos casos, desmesuradas remuneraciones y otros pagos al personal de salud que coartaban mejoras de infraestructura y un uso equilibrado de los recursos. Por todo ello, aun en los países ricos, la peste sorprendió a numerosos sistemas de salud, sin dotación de equipos adecuados, incluso para proteger a la primera línea hospitalaria y blindar la escala de atenciones indispensables a pacientes graves y de lenta recuperación (Sojo, 2020).

A aquellos factores más estructurales se agrega el tipo de reacción inicial ante la pandemia. Tal y como lo formula el reconocido experto en enfermedades infecciosas Jeremy Farrar, “debemos ser más rápidos que la pandemia: contra ese baremo debemos medirnos. Si corremos tras la curva exponencial, es muy difícil cambiar el curso” (Farrar, 2020). En el caso de la COVID-19, puede constatarse retrospectivamente que, una vez el virus apareció en China, se entró en una fase de subestimación, que tuvo matices en diversas latitudes y en el marco de diversos sistemas políticos. Esta fase puede ser calificada como inquietantemente larga puesto que, al debilitar la celeridad inicial de la acción —referida al testeo rápido, el rastreo de contactos, el aislamiento de infectados e internamiento de enfermos, el diseño de campañas de información, o la estrategia de confinamientos— ha tenido repercusiones perdurables negativas sobre la contención y el rastreo del virus. Ello impidió aprovechar las estrechas ventanas de intervención porque el patógeno también se transmite de manera pre o asintomática. Como se constatará después (Drosten, 2020), en torno al 46% de la capacidad de contagio se concentra antes de que se evidencien síntomas, especialmente en los dos últimos días.

En esta fase de subestimación pueden distinguirse varios hitos. En primer lugar, China afirmó inicialmente que se trataba de un virus nuevo de origen animal, pero no transmisible entre personas. Y aunque más tarde permitirá el acceso a su sistematización científica y clínica, y hará público el genoma del virus, esa afirmación fue nefasta, puesto que desactivó los niveles de alerta fuera de China. En segundo lugar, Europa subestimó inicialmente el peligro del virus. Como evidencia anecdótica, en una reunión producida tres días antes del estallido de la crisis en Italia, los miembros del consejo técnico asesor del Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés), organismo de vigilancia de la salud pública europea encargado de aportar conocimientos y propuestas de coordinación para que los países protejan eficazmente la salud de su población, ignoraron el virus y consideraron “bajo” su riesgo de propagación en Europa. Según las actas de la reunión, apenas se intercambiaron algunos avisos sobre su peligrosidad, sobre la necesidad de comprobar si ya estaba en Europa, o sobre la exigencia de hacerse con los recursos para hacerle frente y diseñar medidas. Así, el asunto solo ocupó una veintena de los 130 puntos del resumen de las dos jornadas de deliberaciones. En relación al virus, toda idea pareció quedar para más adelante, e incluso se pospusieron propuestas para dos o tres semanas más tarde (*El País*, 2020).

Por su parte, y pese a la grave crisis sanitaria que se desató en Europa —de cuyas lecciones podría haberse beneficiado Estados Unidos—, Donald Trump se valió de la pandemia para recargar sus soflamas chovinistas y “anti-China”, afirmando que el virus no era un problema y que desaparecería “*like magic*”; tal fue la impronta original de los cierres comerciales y de fronteras, y de que se prescindiese inicialmente de una estrategia sanitaria por parte del gobierno federal. En esta frágil embarcación que el presidente estadounidense pretendió capitanear, y que pronto iba a verse embestida y destruida por la pandemia, no viajó solo, sino que le acompañó otro populista, Jair Bolsonaro, quien negó la peligrosidad del virus, al que caracterizó como “una gripecilla”, y no evitó congregarse con sus seguidores. En esta línea, también destacó el papel de Boris Johnson, proponiendo una infundada apuesta por una “inmunidad de rebaño”, planteada desde la ceguera epidemiológica.

Cabe subrayar que tanto Trump como Bolsonaro temen sufrir un debilitamiento político debido a la pandemia: junto a su supina ignorancia y a su desprecio por la razón técnica y científica, se valen de estrata-

gemas para tratar de endilgarle a otros —ya sean gobernadores o alcaldes, en la medida de lo posible pertenecientes a la oposición—, las responsabilidades por los efectos de los cierres de la economía, el confinamiento o las aperturas, buscando rehuir sus propias responsabilidades sobre este impacto económico a fin de no perder el apoyo de sus seguidores, lo cual también retroalimenta discursos facilistas y arriesgados respecto de improvisadas aperturas⁶. Además, ambos comparten su desafección por la gobernanza global en materia de salud, poniendo como diana de su agresión a la OMS; Trump formalizó la retirada de Estados Unidos a principios de julio de 2020, y Bolsonaro ha amenazado con abandonarla.

En el caso de la COVID-19, sus características —que se han ido experimentando y sistematizando científicamente a lo largo de los meses— dificultan controlar la enfermedad, y estrechan más aún las ventanas de intervención, ya debilitadas por la procrastinación. Se sabe que el virus es muy contagioso, y se transmite por el aire y por superficies; registra una alta mortalidad; tiene una incubación con períodos desde cortos hasta medianos; la propagación puede ser asintomática, presintomática o ya declarada la enfermedad; muestra largos períodos de capacidad de contagio; los períodos de hospitalización y de recuperación son variables, llegando a ser muy largos en los casos graves; y acusa una gama de morbilidad muy amplia: desde casos asintomáticos o con síntomas leves, síntomas graduales o agudos y abruptos, hasta graves cuadros desatados por la reacción defensiva del sistema inmune, que pueden afectar a diversos órganos (pulmones, riñones, cerebro, sistema óseo muscular). De ahí que tras la recuperación del virus emerja una fuerte carga de morbilidad de serias enfermedades no transmisibles, eventualmente crónicas, cuyo carácter y duración están apenas siendo conocidos. Incluso se está analizando si el virus puede ser neurotóxico y puede romper la barrera hematoencefálica. Se está haciendo frente a una circunstancia muy singular, en términos de la potencial carga de enfermedades no trasmisibles que puede desencadenar la pandemia, con efectos de corto, mediano y largo plazo sobre los recursos que haya que destinar a la salud.

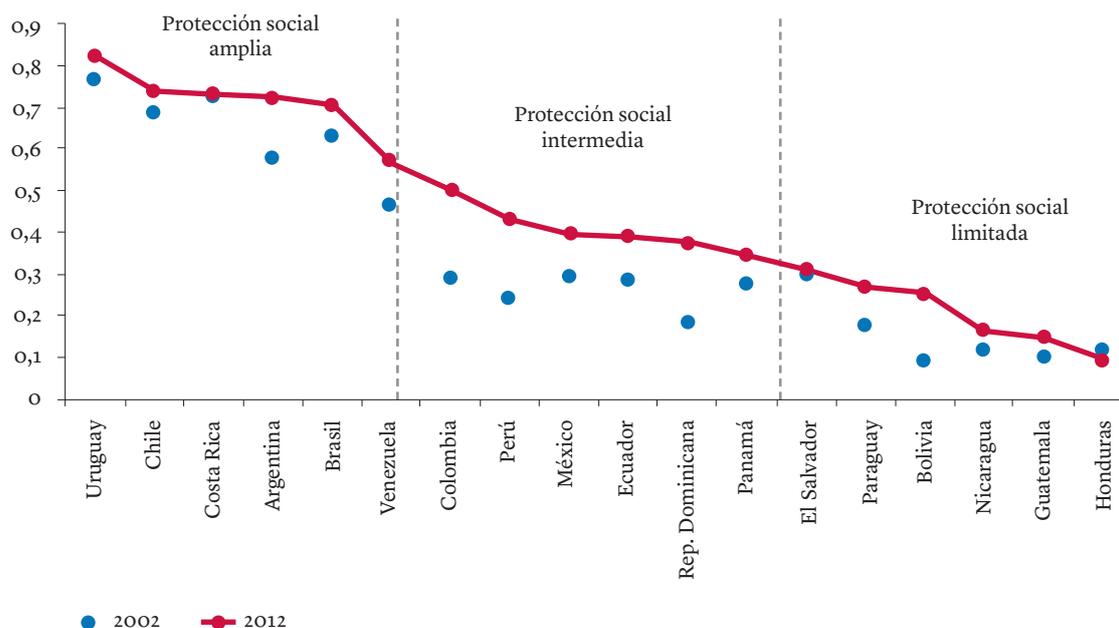
El liderazgo político y su influencia en las políticas gubernamentales, las infraestructuras sanitarias disponibles, o la capacidad de la vigilancia epidemiológica son elementos determinantes que influyen en la evolución de los contagios, de la mortalidad, y en la capacidad sanitaria para atender las secuelas en cuanto a la morbilidad postviral. Todo ello interactúa con la desigualdad estructural que permea los sistemas de salud, lo que afecta especialmente a América Latina: se trata de la región más desigual del planeta, y no solamente en términos de ingreso; las desigualdades se extienden a los ámbitos más diversos y, entre ellos, a las desigualdades en el acceso, calidad y suficiencia del derecho a la salud.

La fragmentación, la segmentación y las estratificaciones de la protección social están también establecidas y enraizadas en los propios sistemas latinoamericanos, y en su acción política y discursiva. Es decir, estos rasgos no son exógenos ni, por ejemplo, pueden reducirse a dinámicas que provengan únicamente de los mercados laborales (Sojo, 2017b), si bien algunas características de estos mercados laborales inciden de manera determinante, tanto en la cobertura, como en la calidad de la protección social, debido a las altas tasas de informalidad y precarización del trabajo, los bajos ingresos, la dificultad para mantener trayectorias laborales estables, y las importantes desigualdades por razón de género, condición étnico-racial y entre las áreas urbanas y rurales, entre otras. Ciertamente, en contraste con la década de los noventa, América Latina experimentó posteriormente una recuperación del empleo y un alza de la formalización laboral. Tras esta mayor formalización, y la consecuente ampliación de la cobertura sanitaria y de pensiones, subyacían varias causas: mejoras sustantivas de la calidad del empleo, flexibilización de los criterios de elegibilidad para la cobertura contributiva que se pusieron en marcha en varios países y fortalecimiento de la función de contraloría y de la regulación del Estado (Sojo, 2015).

⁶ Sobre la polarización política en Brasil en torno a la pandemia, ver: Londoño, 2020.

Sin embargo, incluso la cobertura de los asalariados muestra grandes grados de desprotección en varios países. A continuación, se presenta un índice (Gráfico 9) que abarca los siguientes indicadores: cobertura de pensiones contributivas, afiliación de asalariados a sistemas de pensiones y a sistemas de salud, brecha del acceso a pensiones de asalariados y no asalariados, brecha del acceso a sistemas de salud de asalariados y no asalariados, acceso de hogares pobres a algún tipo de programa social, cobertura de asistencia social del quintil más pobre, gasto en protección social como porcentaje del PIB y gasto social en salud como porcentaje del PIB.

GRÁFICO 9. América Latina: puntaje del índice de protección social, alrededor de 2002 y 2012



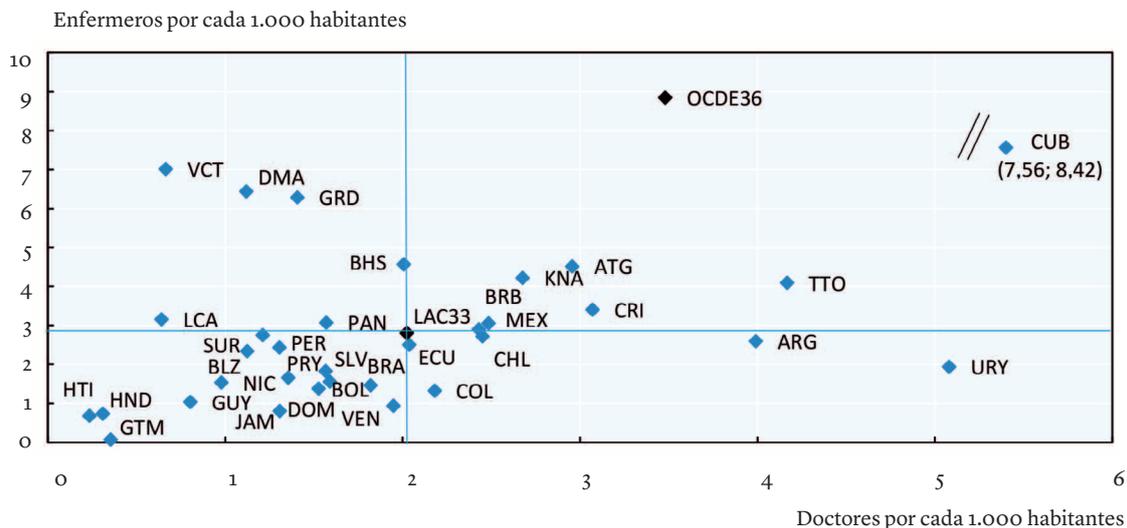
Fuente: Ocampo y Gómez-Arteaga (2016)

El financiamiento solidario de la salud tiene objetivos redistributivos y permite establecer subsidios cruzados intra e intergeneracionales entre distintos estratos de ingreso, de edad, con diferentes niveles de riesgo. De ahí la importancia del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), de la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en Uruguay, del horizonte de convergencia entre el régimen contributivo y el subsidiado en Colombia, y de la búsqueda de una convergencia de beneficios de la cobertura contributiva y no contributiva en Costa Rica, que están además incorporadas dentro de la misma institucionalidad. Por el contrario, las combinaciones público-privadas dualistas en la región están articuladas para la maximización del beneficio privado, en detrimento de las funciones de aseguramiento, y rompen con los principios de la seguridad social, como es el caso emblemático de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile. En ellas, los precios y coberturas de las pólizas se ajustan al perfil de riesgo individual y, cuando los asegurados ya no las pueden pagar, se ven expulsados, por la dualidad del sistema, hacia el seguro público, desprovisto de barreras de entrada. Avanzar hacia la universalización y la solidaridad exige actuar sobre la progresividad del financiamiento, la asignación de los recursos, la especificación de los beneficios, la calidad de las prestaciones, la eficacia y eficiencia del uso de los recursos, la racionalidad y regulación de las combinaciones público-privadas, y la protección jurídica de los derechos (Sojo, 2017b: 29).

Cuanto más estratificados están los sistemas de salud y menor es su cobertura, la capacidad de prestar atenciones curativas y de rehabilitación queda más reducida, y las dotaciones a tal fin difieren notablemente de país a país. A continuación, se presentan algunos indicadores de la capacidad sanitaria en la región para enfrentar la pandemia (Gráficos 10, 11 y 12).

Gráfico 10. América Latina y el Caribe (33 países) y promedio OCDE

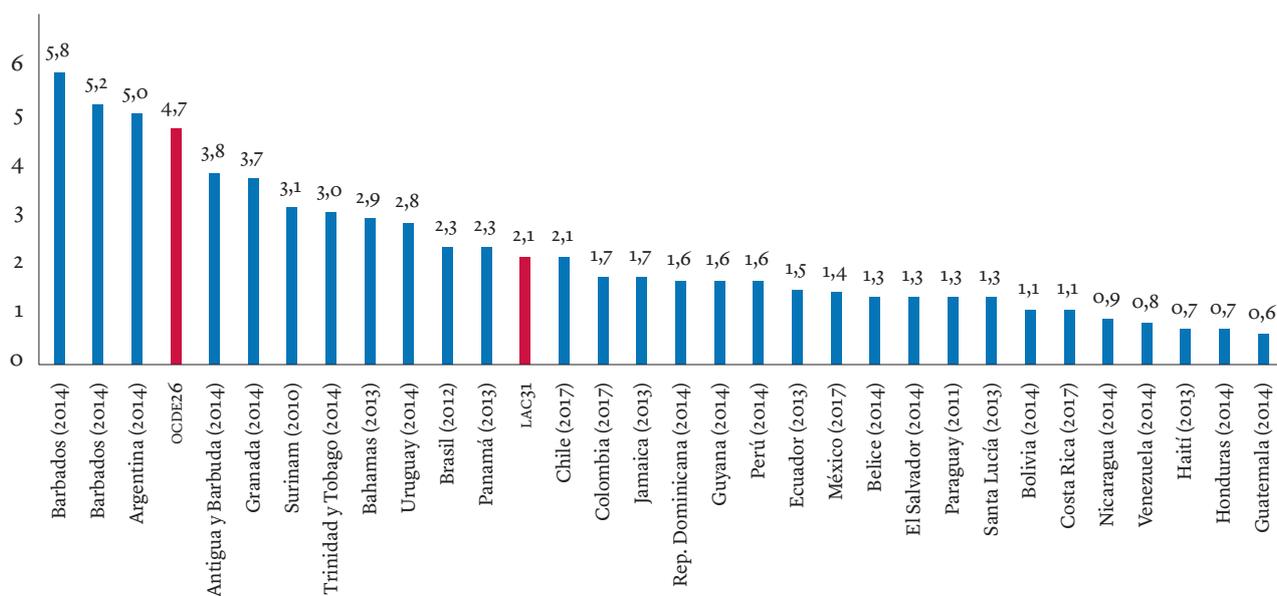
Número de médicos y enfermeras, ca. 2017 o último año disponible



Fuente: Figura 2, OECD/The World Bank (2020).

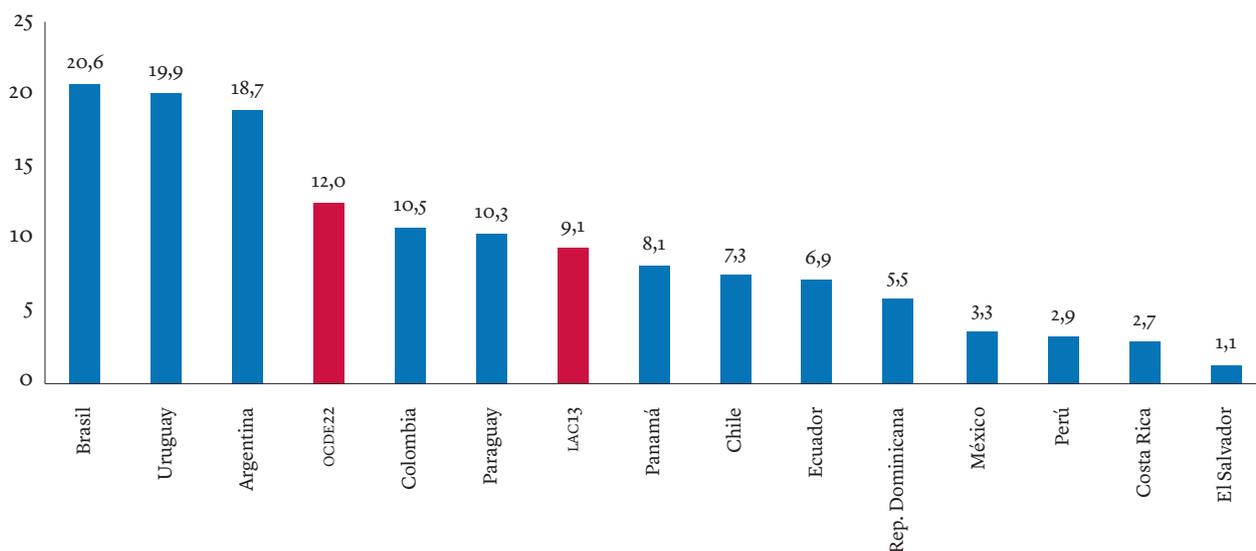
Gráfico 11. América Latina y el Caribe y promedio OCDE

Número de camas hospitalarias, ca. 2017 o último año disponible



Fuente: Figura 3, OECD/The World Bank (2020).

GRÁFICO 12. Países seleccionados de América Latina y promedio OCDE
Camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes, 2020 o último año disponible



Nota: Puede haber diferencias en la definición de cuidados intensivos que afectan la comparabilidad de los datos. Los datos se refieren a camas UCI de adultos en Perú. Los datos incluyen solo camas públicas de UCI en Costa Rica, República Dominicana, Perú, El Salvador y Uruguay, y tanto públicas como privadas en los otros países. Se recopiló información para reflejar la situación de las camas UCI antes de las medidas de emergencia debido a la pandemia COVID-19.

Fuente: Fiscalía General de la Nación REPS Colombia 2020; Ministerio de Salud Argentina 2020; RUSNIS-Ministerio de Salud del Perú 2020; DATASUS Brasil 2020; Sociedad Chilena de Medicina Intensiva 2020; Ministerio de Salud de México 2020; Diario La Nación, informado por Leticia Pintos; División de Terapias del Ministerio de Salud de Paraguay 2020; Ministerio de Salud de Uruguay 2018; Diario Delfino, reportado por el Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) 2020; Ministerio de Salud del Ecuador 2018; Diario El Salvador, reportado por Milton Brizuela, presidente del Colegio Médico de El Salvador 2020; Diario Acento, reportado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) - Ministerio de Salud de la República Dominicana 2020; Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá 2018.

Fuente: Figura 4, OECD/The World Bank (2020).

Los gráficos reflejan cómo, a las asignaturas pendientes en materia de reducción de la desigualdad de los sistemas de salud en América Latina, se suman todas las complejidades que arrastra la pandemia. Mientras se carezca de medicinas específicas para tratar el virus y de vacunas disponibles a precios razonables, los cierres y aperturas de las economías nacionales, y sus interacciones globales, van a seguir sometiendo a *shocks* a los mercados laborales, en términos de pérdida de ingresos, puestos de trabajo e incremento de las incertidumbres. Y ello repercute sobre la capacidad de financiamiento de los sistemas de salud, debido a la caída de los ingresos fiscales y de los recursos contributivos, justo en una circunstancia en la que los sistemas de salud requerirían contar con mayores recursos para responder a la pandemia.

Por tanto, los efectos de la pandemia interactúan con varios aspectos de las desigualdades socioeconómicas tales como: la caída de los ingresos laborales de las personas (además, si no se cuenta con políticas de compensación adecuadas, cumplir cuarentenas resulta más difícil); la estratificación espacial de las ciudades, dado que los desplazamientos largos entre hogares y lugares de trabajo potencian los riesgos de contagio en el transporte público (Aguilera, 2020); la falta de acceso a agua, en tugurios y campamentos informales; el grave hacinamiento de muchos hogares; o el hacinamiento y la falta de recursos básicos en asentamientos informales de trabajadores temporeros.

En ocasiones, las ventanas de intervención se han estrechado al no aprovechar oportunamente algunas fortalezas institucionales existentes, útiles para controlar la trazabilidad del virus y que podrían robustecerse. Fue el caso en Chile, donde en una primera etapa no se contuvo el brote, puesto que no se

involucró tempranamente a la atención primaria, una medida que se tomó posteriormente con gran rezago, a mediados de junio (Aguilera, 2020; Vega en Salinas, 2020).

Por su parte, la eficacia de los cierres y aperturas de las economías o de los confinamientos va a seguir siendo variable, y dependerá de la destreza técnica de la brújula epidemiológica que los guíe, que habrá de evitar que no se trate de medidas erráticas o arbitrarias. Así, la caída de la actividad económica inducida por diversas estrategias para encarar sanitariamente la pandemia, se ha visto acrecentada por algunos errores “de origen”, entre los cuales se cuentan: la falta de preparación de los gobiernos, expresada en la debilidad o el debilitamiento de las entidades a cargo de la vigilancia epidemiológica; la desautorización de los líderes negacionistas del trabajo de estas entidades, la incapacidad del gobierno central para enfocar las temáticas locales y comunales vinculadas con la trazabilidad del virus; la falta de empoderamiento de la atención primaria; o la ausencia de una definición de sus objetivos y funciones en ese contexto.

También habría que considerar en los países de la región si las destrezas técnicas de la vigilancia epidemiológica se habían visto fragilitadas antes de la pandemia por la politización de instancias que socavaban sus capacidades, o por el recorte o eliminación de recursos que antes estaban previstos, de preparación contra epidemias, como se ha afirmado respecto de Chile (Aguilera, 2020; Vega, en Salinas, 2020).

La incertidumbre de los riesgos que atañen a la salud, en un momento en el que se requiere incrementar la atención sanitaria, y prever un aumento de sus costos y duración, provee un argumento firme en favor de la solidaridad, toda vez que los sectores de mayores ingresos pueden enfrentar gastos catastróficos. Por tanto, ante la fragilidad compartida de la naturaleza humana, hay un fundamento para defender la universalidad y la solidaridad vinculadas al aseguramiento de la salud (Sojo, 2017b: 152). La pandemia ha desvelado crudamente las externalidades socioeconómicas de un mundo que no se había preparado para gobernar y coordinar una respuesta exitosa frente a los riesgos pandémicos que, no obstante, habían sido taxativamente pronosticados.

Las urgencias y restricciones para responder a la pandemia ciertamente no proveen de un tiempo político dilatado para llevar a cabo las reformas que permitirían avanzar hacia el establecimiento de la universalización y la solidaridad global en materia de salud. El mundo está sometido a fuertes *shocks* covariados y a enormes grados de incertidumbre debido a que, fácticamente, se ha ingresado en una nueva era epidemiológica signada por la virtualidad de pandemias. Sin embargo, a la vez que se encara el agobio de las urgencias cotidianas, la agenda política debe priorizar la adopción de acuerdos relativos al reforzamiento de las capacidades de previsión, alerta y acción ante los riesgos pandémicos, y avanzar en las reformas concomitantes que permitan un enraizamiento institucional de la salud pública acorde con los nuevos desafíos de los riesgos sanitarios globales.

La reconfiguración institucional debe, en definitiva, otorgar centralidad a la vigilancia epidemiológica de manera que esta se fortalezca integrada de manera sistémica —lo cual plantea retos de coordinación interinstitucional, reasignación de recursos, y respaldo de *task-forces* que alimenten procesos de toma de decisiones actualizados y flexibles—; se refuerce la relevancia de la atención primaria de salud, en cuanto a su capacidad de percibir y actuar ante riesgos epidemiológicos singulares debido a especificidades poblacionales, a vulnerabilidades específicas y al involucramiento local y comunal; y se perfeccione la coordinación entre los diversos niveles territoriales y, con ello, se revisen las atribuciones, recursos y rendición de cuentas de las entidades subnacionales a cargo.

Referencias bibliográficas

- AGUILERA, X. (2020): Entrevista en Radio Universidad de Chile. Disponible en <https://app.conectamedia.cl/alert/view/4276346>.
- ANDRINO, B., GRASSO, D., LLANERAS, K. y GALINDO, J. (2020): “Así evoluciona la curva del coronavirus en México, Colombia, Chile, Argentina y el resto de Latinoamérica”, *El País* (consultado el 6 de julio de 2020: se actualiza diariamente).
- BARR, N. (2014): “Designing Pensions: Economic Theory, International Experience and Policy Directions”, Presentación ante la Comisión asesora presidencial sobre el sistema de pensiones, Santiago, agosto.
- CAMERON, E., NUZZO J. B. y BELL J. (coords.) (2019): *Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability*, NTI Initiative y John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Health Security (índice desarrollado con The Economist Intelligence Unit).
- (2019b): *Global Health Security Index 2019, Report Model*, NTI Initiative y John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Health Security. Disponible en: <https://www.ghsindex.org/report-model/>.
- D’ÁVILA VIANA, A.L, DA SILVA, H. P. e YI, I. (2015): “Universalizing health care in Brazil. Opportunities and challenges”, *UNRISD Working Paper* n° 2015-8 (abril).
- DORN F., KHAILAIE S., STÖCKLI, M. y OTROS (2020): “Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft: Eine Szenarienrechnung zur Eindämmung der Corona-Pandemie”, *Ifo Schnelldienst Digital* 6/2020, ifo Instituts (ifo) y Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI) (13 de mayo).
- DROSTEN, C. (2020): *The Corona Virus Update*, NDR Info, Wissenschaftsredakteurin Korinna Hennig spricht mit dem Leiter der Virologie an der Berliner Charité. Textos disponibles en: <https://www.ndr.de/nachrichten/info/Coronavirus-Update-Die-Podcast-Folgen-als-Skript,podcastcoronavirus102.html>.
- EL PAÍS (2020): “Los guardianes de la salud europea subestimaron el peligro del virus” (18/05/2020). Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-05-18/los-guardianes-de-la-salud-europea-subestimaron-el-peligro-del-virus.html>.
- FARRAR, J. (2020): “Es werden dunkle Tage kommen, auch wenn die zweite Welle ausbleibt”, *Zeit online* (7 mayo).
- FUEST, C. y LOHSE, M. (coords.) (2020): *Die Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie tragfähig gestalten. Empfehlungen für eine flexible, risikoadaptierte Strategie*, 2 (abril).
- GPMB (2019): *A World at Risk. Annual report on global preparedness for health emergencies*, Ginebra, World Health Organisation (septiembre).
- INNERARITY, D. (2020): *Pandemocracia. Una filosofía de la crisis del coronavirus*, Madrid, Galaxia Gutenberg.
- KOLBERT, E. (2020): “Pandemics and the shape of human history”, *The New Yorker* (6 de abril).
- LONDOÑO, E. (2020): “What went wrong in Brasil?”, Michael Barbaro interviews The Times’s Brazil bureau chief, *The Daily Podcast*, *New York Times* (2 julio). Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/07/02/podcasts/the-daily/brazil-coronavirus.html?action=click&module=audio-series-bar&pgtype=Article®ion=header&showTranscript=1>.
- MOY, N. (2020): *COVID-19: Policy Response in New Zealand*, Presentación virtual en el Centro de Estudios Públicos, Santiago (1 julio).
- NUZZO J., MULLEN L., SNYDER, M., CICERO, A. e INGLESBY, T.V. (2019): *Preparedness for a High-Impact Respiratory Pathogen Pandemic*, Johns Hopkins Center for Health Security, Report commissioned by and prepared for the Global Preparedness Monitoring Board (septiembre).
- OCAMPO, J. A. y GÓMEZ-ARTEAGA (2016): “Social protection systems in Latin America: an assesmet”, *ESS Working Paper* n° 52, Ginebra, OIT.
- OECD/THE WORLD BANK (2020): *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, París, OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

- PAOLUCCI F. (2020): *The COVID 19 pandemic in Italy. Lessons to learn*, Presentación virtual en el Centro de Estudios Públicos, Santiago (1 de julio).
- PORTER, D. (1999): *Health, Civilization, and the State*, Londres, Routledge.
- SALINAS, J.L. (2020): “Jeanette Vega. La experta chilena que adelantó la pandemia”, *El Mercurio*, Santiago de Chile.
- SANAHUJA, J.A. (2020): “COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global”, en M. MESA (coord.): *Anuario CEIPAZ 2019-2020*, Madrid, CEIPAZ.
- SEN, A. (1982): *Poverty and Famines: an essay on entitlements and deprivation*, Oxford, Clarendon Press.
- SILVA JÚNIOR DA, J.B. (2004): *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*, Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
- SOJO, A. (2020): “Las pandemias en la globalización contemporánea”, en *Palabras en tiempo de crisis*, Dossier periódico Alma Mater de la Universidad de Antioquia n° 695, Medellín (abril): Disponible en: <http://udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/campanas/palabras-en-tiempos-de-crisis> y en https://issuu.com/periodicoalmamater/docs/almamater_ed695_paraissuu.
- (2018): “La cohesión social democrática como guía de las políticas públicas”, una perspectiva conceptual y metodológica renovada”, *Serie aprendizajes en cohesión social*, Madrid, Colección Eurosocial n° 1 (agosto). Disponible en: <https://eurosocial.eu/biblioteca/doc/la-cohesion-social-democratica-como-guia-de-las-politicas-publicas/>.
- (2017): “La cohesión social democrática, brújula indispensable en una época de desconcierto”, *Colección Documentos Interconecta* n° I, Santa Cruz de la Sierra, Centro de Formación de la AECID (noviembre). Disponible en: <https://interconecta.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/La%20cohesi%C3%B3n%20social%20democr%C3%A1tica,%20obr%C3%BAjula%20indispensable%20en%20una%20%C3%A9poca%20de%20desconcierto.pdf>.
- (2017b): “Protección social en América Latina. La desigualdad en el banquillo”, *Libros de la CEPAL* n° 143, Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41105-proteccion-social-america-latina-la-desigualdad-banquillo>.
- (2015): “Including informal economy workers in contributory social protection: Current challenges in Latin America”, *International Social Security Review*, Volume 68, Issue 4, Ginebra, pp. 69-92.
- SUMNER, A. y MALLETT, R. (2011): “Snakes and ladders, buffers and passports: rethinking poverty, vulnerability and wellbeing”, *Working Paper* n° 83, International Policy Centre for Inclusive Growth, Brasilia (agosto).
- THE DAILY (2020) “A Missed Warning About Silent Coronavirus Infections. Why an early scientific report of symptom-free cases went unheeded”, *New York Times* (9 de julio). Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/07/09/podcasts/the-daily/asymptomatic-coronavirus-spread.html?action=click&module=audio-series-bar&pgtype=Article®ion=header&showTranscript=1>.
- WHO (2020): “List of Blueprint priority diseases”. Disponible en: <http://www.who.int/blueprint/priority-diseases/en/> (consultado el 3 de julio de 2020).



Fundación Carolina, julio 2020

Fundación Carolina
C/ Serrano Galvache, 26. Torre Sur, 3ª planta
28071 Madrid - España
www.fundacioncarolina.es
[@Red_Carolina](https://twitter.com/Red_Carolina)

ISSN-e: 1885-9119

DOI: <https://doi.org/10.33960/issn-e.1885-9119.DT37>

Cómo citar:

Sojo, A. (2020): “Pandemia y/o pandemónium: encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global”, *Documentos de Trabajo* nº 37 (2ª época), Madrid, Fundación Carolina

La Fundación Carolina no comparte necesariamente
las opiniones manifestadas en los textos firmados
por los autores y autoras que publica.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional
(CC BY-NC-ND 4.0)

