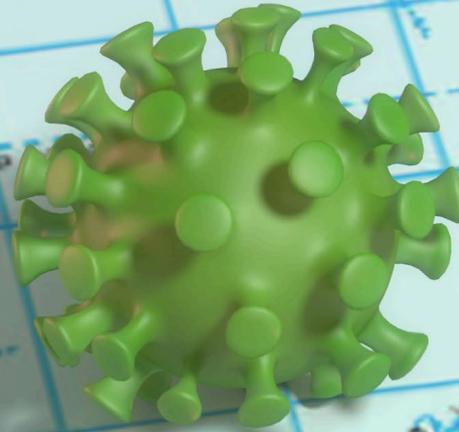


soberanía  
s a n i  
t a r i a

Edición especial

Año 4 · Mayo 2020

ISSN 2618-1827



# PANDEMIA DEBATES DESDE EL SUR



El 15 de abril, en plena gestación de este número especial, sufrimos la pérdida de nuestro compañero y amigo Federico Kaski, parte fundamental de nuestra fundación, nuestro espacio de militancia y nuestras vidas. Militante aguerrido y alegre, tiñó de coherencia y convicción cada tarea que le tocó desempeñar. Fue médico psiquiatra, docente universitario, subinterventor de la ANMAT y viceministro de salud de la Nación a cargo de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios en el último tramo de la gestión de Cristina Fernández de Kirchner. Desde diciembre de 2019 se desempeñaba como secretario general técnico médico del PAMI.

Perdimos a Fede pero no nos deja solxs. Nos deja juntxs, más unidxs que nunca, para seguir luchando, pensando, creando, gestionando, atendiendo, cuidando, enseñando, aprendiendo, disfrutando y sufriendo esta hermosa tarea que elegimos para nuestras vidas: construir la soberanía sanitaria.

Hasta la victoria siempre, querido.



**D**esde hace décadas buscamos el modo de poner la salud como derecho en la agenda pública. Hemos debatido hasta el hartazgo en hospitales, oficinas, fábricas, universidades y cafés; se han escrito libros enteros sobre el tema. Nunca tuvimos mucho éxito. La salud y lo saludable como meta individual y como estilo de vida se instalaron con fuerza en el sentido común desde fines del siglo XX de la mano del mercado. Sin embargo, como fenómeno colectivo ocupó casi siempre un lugar marginal en las encuestas sobre los temas prioritarios para la población, en la pauta de los medios masivos y en las propuestas electorales. Era un asunto que interesaba a una parte de quienes trabajamos en salud, a un segmento del movimiento obrero organizado que se ocupa desde la gestión o la militancia de la salud de sus compañeras y compañeros, a una porción del empresariado que se dedica a lucrar con la salud y a quienes padecen o tienen alguna persona querida que padezca una enfermedad. De pronto, eso cambió.

Un brote de neumonía viral en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, se convirtió en pocas semanas en una pandemia que afecta a cientos de países, pone en jaque a los sistemas de salud y hace tambalear gobiernos. La respuesta de EE.UU. y muchos países de Europa occidental tuvo consecuencias desastrosas. Preferimos no mencionar las cifras de personas infectadas ni la cantidad de muertes porque sabemos que quedan desactualizadas a cada instante. Tampoco ubicaremos geográficamente el epicentro del brote porque es probable que cambie en cuestión de días. Nos interesa resaltar que en nuestro país el brote de COVID-19 puso a la salud y los cuidados en el centro de la escena.

Este fenómeno no se produjo por azar. Por un lado, resulta determinante que los gobiernos recientemente asumidos en la Nación y en gran parte de las provincias formen parte del proyecto nacional, popular y democrático. Por otro, además de los años invertidos en la investigación, la enseñan-



za y la militancia, es fundamental reconocer el antecedente de la lucha en múltiples frentes que se dio en 2018 durante el debate parlamentario por el aborto legal, seguro y gratuito. En esos días la lógica del cuidado y la idea del derecho a la salud se volvieron parte de la vida cotidiana a través de las manifestaciones callejeras, las intervenciones artísticas y las exposiciones ante la comisión bicameral. A partir de entonces cobró tal fuerza que se han llegado a enarbolar durante estos dos años consignas tales como “la salud será feminista o no será” y hasta a crear ministerios de mujeres, géneros y diversidad en la Nación y la provincia de Buenos Aires.

**Nos encontramos entonces en una situación atípica. De la manera menos deseada, a partir de una catástrofe de escala planetaria, la salud entró en la agenda pública. Tenemos la obligación de aprovechar esta oportunidad, primero, para demostrar que la solidaridad, la acción colectiva y el Estado garante de derechos son eficaces y eficientes para abordar una pandemia. Segundo, para impulsar la discusión sobre los sistemas de salud y de cuidados, el modelo de atención, la formación, la producción de conocimiento y el desarrollo del complejo económico-industrial de la salud que consideramos más pertinentes para aportar a la construcción de un país justo, libre y soberano. Tercero, para reabrir un debate internacional que permita reformular el papel que juegan los organismos multilaterales, poner en cuestión la hegemonía de EE.UU. y Europa occidental en términos de salud y reconstruir los lazos con otros países del Sur global, especialmente de nuestra América, que fueron rotos o descuidados durante los años de gobiernos neoliberales en la región.**

Nicolás Kreplak   Daniel Gollan

Dirección General  
Revista Soberanía Sanitaria

Leonel Tesler

Dirección Editorial  
Revista Soberanía Sanitaria

Jorge Hoffmann

Secretario General  
ATE CDP Santa Fe

## Revista SOBERANÍA SANITARIA

[www.revistasoberaniasanitaria.com.ar](http://www.revistasoberaniasanitaria.com.ar)

[revistasoberaniasanitaria.com.ar](http://revistasoberaniasanitaria.com.ar)

[contacto@revistasoberaniasanitaria.com.ar](mailto:contacto@revistasoberaniasanitaria.com.ar)

San Martín 448, PB A, CABA - CP 1004AAJ

Dirección General Daniel Gollan y Nicolás Kreplak.

Dirección Editorial Leonel Tesler.

Edición Carla Giuliano.

Coordinación Manuela Ledesma Groba.

Consejo Editorial Jorge Hoffmann, José Carlos Escudero, Enio García, Silvia González, Jorge Kohen, Jorge Rachid, Mario Rovere.

Redacción Valentín García y Marcela Malagrino.

Corrección Melina Maira.

Diseño y diagramación Matías Bastino.

Diseño de tapa Matías Bastino y Gastón Garay.

Fotografía Aylén Galiotti, Charo Larisgoitia, Jose Nicolini, Nacho Yuchark, Prensa Ministerio de Salud PBA.

Consejo Directivo Provincial ATE Santa Fe Secretario General: Jorge Alberto Hoffmann, Secretario General Adjunto: Ricardo Marcel Delfor, Secretario Administrativo: Adolfo Luis Avallone, Pro-secretario Administrativo: Vanesa Guadalupe Pase, Secretario Gremial: Mario Sergio Tirelli, Pro-secretario Gremial: Alejandro Amadeo Esquivel, Secretario de Acción Política: Elsa Splendiani, Secretario de Organización: Adrian Marcelo Rosso, Secretario de Interior: Dario Galarza, Secretario de Actas: Elena Elba Grimado, Secretario de Comunicación: Analia Puntillo, Secretario de Acción Social, Turismo y Cultura: Marcelo R. Martini, Secretario de Finanzas: Patricia Monic Rudel, Prosecretario de Finanzas: Gabriela Lorena Aranda, Secretario de Formación: Monica Beatriz Ghiglia.

ISSN 2618-1983. Los editores no son responsables por las opiniones vertidas por los colaboradores, entrevistados y las notas firmadas.

# sumario

Click en el título para acceder a la nota

## **7** La epidemia y la injusticia

Por Nicolás Kreplak

## **14** "El Estado es el único que puede resguardar la salud en su dimensión de derecho" - Entrevista a Daniel Gollan

## **22** El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia - Por Alicia Stolkiner

## **27** La pandemia, entre la salud y la economía - Por Jorge Rachid

## **33** Sistema de salud argentino: dificultades para sintetizar una respuesta - Por Maria Jose Luzuriaga

## **39** Después de la pandemia: la salud en la reconfiguración del orden internacional - Por Mario Rovere

## **47** Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia - Por Yamila Comes

## **53** Epidemiología, pandemia de coronavirus y muertes innecesarias Por José Carlos Escudero

## **58** Sanitarismo feminista y políticas de cuidado - Por Débora Tajer

## **64** COVID-19 y el foco en la agenda global - Por Marcela Belardo y María Belén Herrero

## **71** El trabajo y la salud en tiempos de pandemia - Por Jorge Kohen

## **79** La enfermería en la primera línea del cuidado - Por María Elena Cabrejas

## **85** Sobre curvas y decisiones: el rol de los modelos matemáticos durante la pandemia- Por Franco Mársico

## **96** El constante silencio de las endemias y epidemias - Por María Soledad Santini y Rocío Rivero

## **102** Los modelos de salud en debate - Por Juan Canella

## **108** ¿Qué podremos enseñar de todo esto? - Por Leonel Tesler

## **114** Federico, el explicador Por María Victoria Anadón



Fotografía: Nacho Yuchark

# La epidemia y la injusticia

*La situación actual ha generado una conmoción generalizada que iguala a toda la población en términos de vulnerabilidad. El objetivo no es volver a la normalidad sino aprovechar las enseñanzas de la pandemia para construir un sistema de salud menos injusto y con el pueblo como principal sujeto.*

■ Por Nicolás Kreplak\*

## La desigualdad vulnerada

Uno de los aspectos que más nos llaman la atención en esta pandemia es el enorme interés que ha logrado generar una enfermedad en toda la sociedad. Prácticamente desde su inicio fue un tema prioritario para los medios masivos de comunicación y a medida que se expandió fue ocupando el centro del debate político. Hasta la Organización Mundial de Comercio (OMC)<sup>1</sup>, el Fondo Monetario Internacional (FMI)<sup>2</sup> y el Banco Mundial<sup>3</sup> han considerado que las enormes e incuantificables pérdidas económicas



producidas a partir de las medidas de aislamiento se justifican ante la gravedad de la situación sanitaria. Una hipótesis para explicar esa centralidad (al menos en nuestro medio) es que, a diferencia de otros muchos problemas de salud, el COVID-19 hace que toda la población sea igual de vulnerable.

*Los pobres son más vulnerables que los ricos en términos de salud y esa vulnerabilidad está determinada principalmente por la desigualdad económica.*

Para explicar el planteo conviene comenzar estableciendo que, en países como el nuestro, la probabilidad de enfermar y morir es asimétrica. Los pobres son más vulnerables que los ricos en términos de salud y esa vulnerabilidad está determinada principalmente por la desigualdad económica. Por ejemplo, en 2001, las muertes por accidente cardiovascular (ACV) en el quintil más pobre de la población argentina eran el cuádruple de las que se producían en el quintil más rico. En 2011, después de siete años sostenidos de reducción de la desigualdad socioeconómica, la diferencia era de dos veces y media<sup>4</sup>. Si en lugar del ACV estudiásemos la diabetes, la hipertensión arterial o una enfermedad transmisible, como la gripe NIHI o la tuberculosis, obtendríamos los mismos resultados. Por eso es que Naomar de Almeida Filho sostiene que la epidemiología es el estudio de las desigualdades sociales en la morbimortalidad. Si bien podríamos entender este fenómeno apelando a Ramón Carrillo cuando afirmaba que “la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos”<sup>5</sup>, agregamos que el acceso a internaciones y tratamientos es mucho menor entre las personas con menores ingresos y que en el período 2001-2011 esa desigualdad también se redujo significativamente<sup>6,7</sup>.



La pandemia que hoy nos ocupa se expandió fuera de China con un patrón que casi invirtió los términos de la desigualdad. Comenzó por asolar los países europeos más ricos y poderosos, que venían de casi una década de constantes y enormes recortes a sus sistemas de salud, junto a gigantescas transferencias a las empresas dedicadas a la industrialización del cuidado<sup>8</sup>. Entró a través de sus sectores más ricos y poderosos. El ejemplo más claro es el de Italia, cuyo opulento norte se desplomó primero ante el coronavirus. Llegó tardíamente a Latinoamérica y lo hizo en avión, a través de turistas que habían tenido la oportunidad de viajar a Europa. Así fue que los recursos sanitarios, lujosos y a menudo exagerados, con los que cuentan las clases pudientes vernáculas se volvieron de pronto tan escasos como lo son siempre para los sectores populares.

*Las empresas que basan su negocio en facturar prestaciones entraron en desesperación dado que a partir de las medidas de aislamiento sobrevino una drástica disminución en las consultas, las cirugías programadas se suspendieron y la cantidad de internaciones por politraumatismos cayó.*

A este paisaje se le suma el impacto económico que las medidas de aislamiento tienen sobre el sector privado del sistema de salud. Estas provocaron una drástica disminución en las consultas, las cirugías programadas se suspendieron y la cantidad de internaciones de pacientes politraumatizados cayó porque hay muchos menos accidentes de tránsito. Por lo tanto, las empresas que basan su negocio en facturar prestaciones entraron en desesperación<sup>9</sup>.

La ineficiencia e ineficacia que demuestra el mercado al hacerse cargo de la salud es la demostración dramática de la importancia que tiene contar con un sistema gobernable, conducido por el Estado, que disponga de la infraestructura asistencial básica distribuida según las necesidades y, especialmente, un enorme y capaz equipo de salud que pueda trabajar dinámicamente en diversas funciones. Sobre este punto es importante hacer un párrafo aparte.



## El equipo de salud y la injusticia

El proceso salud/enfermedad/atención/cuidado se ha organizado alrededor de la medicina y la figura del médico. Aunque lo haya ubicado en un papel protagónico, eso no favoreció en nada a la mayoría de las y los galenos pero tuvo varias consecuencias a nivel sistémico: 1) el equipo de salud se constituyó en forma asimétrica, quedando el resto de las profesiones subordinadas a la medicina desde su formación hasta en el salario percibido; 2) la tendencia a la especialización en medicina se extrapoló al diseño de las instituciones asistenciales; 3) la lógica de la profesión liberal abrió la puerta para la aplicación de mecanismos mercantiles en el ámbito de la salud; 4) quedó desplazado el principal sujeto histórico, el pueblo, y sus necesidades pasaron a un plano secundario.

*Hoy encontramos en todo el mundo, entonces, que las característica de los trabajadores y el sistema existente, sus estructuras de investigación, capacitación y organización, responden más la optimización de la ganancia de las corporaciones que a la garantía del derecho a la salud.*

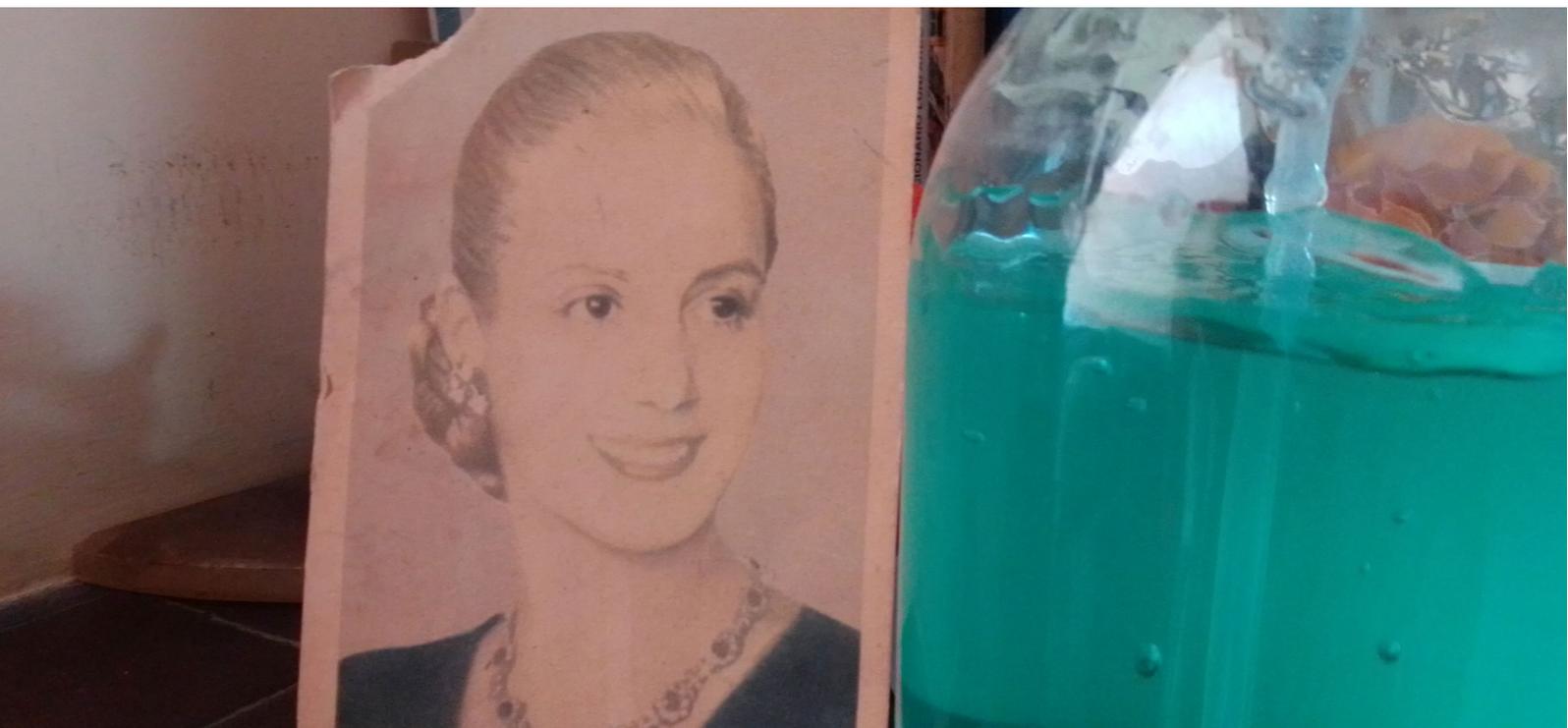
Fue así que el sistema de salud proliferó alrededor de los intereses económicos y financieros. Se reemplazaron como objetivos la soberanía y la autodeterminación por la eficiencia y la innovación atribuidas a la carrera mercantil. **Hoy encontramos en todo el mundo, entonces, que las característica de los trabajadores y el sistema existente, sus estructuras de investigación, capacitación y organización, responden más la optimización de la ganancia de las corporaciones que a la garantía del derecho a la salud.** La disminución de la capacidad de respuesta que ha quedado en evidencia en la pandemia es una de las consecuencias de este proceso.



Al entorpecimiento en la respuesta se le debe añadir el aporte directo del mercado de la salud a la expansión de la pandemia: el pluriempleo. Por un lado la multiplicación de trabajos de tiempo parcial y las bajas remuneraciones estimulan a tener más de una fuente de ingresos. Por otro, la coexistencia de los subsectores privado y estatal, cada cual con sus ventajas comparativas, favorece que los profesionales cabalguen entre uno y otro. Se pueden complementar los mejores ingresos que provee a veces el trabajo privado con la estabilidad y la cobertura social que se supone asegura el empleo público. De hecho, en países con un sistema de salud más integrado, como Costa Rica, el fenómeno del pluriempleo es muchísimo menos frecuente que en Brasil o Argentina<sup>10</sup>. **En el contexto del brote actual de COVID-19, la circulación de personal de trabajadoras y trabajadores entre diferentes instituciones de salud los transforma en potenciales vectores de contagio.** Es decir que los primeros casos positivos en cada vez más hospitales, centros de salud y clínicas son profesionales que se contagiaron trabajando en otro lugar y difunden la infección entre compañerxs y pacientes.

## La normalidad es el problema

Quienes nos dedicamos a la salud, seamos profesionales, decisores o políticos especializados, sabemos cabalmente la importancia que puede tener una





epidemia, más aún cuando se trata de una enfermedad muy fácil y rápidamente transmisible, como sucede con las virales respiratorias. La atención que recibe este nuevo coronavirus es pertinente y justificada. Sin embargo, también conocemos muchos otros problemas que acarrearán sufrimiento y muertes prevenibles que permanecen casi invisibles.

Cada día en nuestro país hay 2 muertes por tuberculosis, 19 por accidentes de tránsito y 9 por suicidio. Una mujer es asesinada cada 22 horas. Son muertes íntimamente relacionadas con la desigualdad de clase y de género, que están naturalizadas y no son noticia. Mucha gente piensa que la tuberculosis es una enfermedad del pasado y quienes la padecen frecuentemente tienen vergüenza de admitirlo. Es muy difícil encontrar alguien que pueda considerar que los siniestros viales, los suicidios o los femicidios son problemas de salud. Ante todo, porque las acciones relacionadas con su prevención y cuidado no se ciñen al modelo clínico al que nos tiene acostumbrados la medicina.



*Vimos que el equipo de salud es esencial pero que la mayor fuerza sanitaria es la acción colectiva de cuidado concretada por la comunidad organizada con la conducción de un Estado responsable.*

En las semanas que llevamos viviendo en aislamiento aprendimos que la forma más efectiva para acotar la expansión de una epidemia puede estar mucho antes de acceder a una consulta médica. Vimos que el equipo de salud es esencial pero que la mayor fuerza sanitaria es la acción colectiva de cuidado concretada por la comunidad organizada con la conducción de un Estado responsable. Descubrimos un círculo virtuoso en el que el pueblo y el equipo de salud se cuidan mutuamente. Es una lógica que puede ser la clave para abordar los problemas invisibles que mencionamos más arriba.



Cuando pase la pandemia no hay motivos válidos para querer volver a la normalidad. Parafraseando la consigna acuñada en las luchas que protagonizó en las calles el pueblo chileno a fines de 2019, podemos decir que la normalidad era el problema. La normalidad era la injusticia, la fragmentación y la falta de acceso, que tuviese mejor atención en salud quien pudiese pagar más. Era normal la centralidad médica y la precarización laboral de todo el personal de salud. **Debemos, cuando pase la pandemia, seguir poniendo en evidencia la inviabilidad de los sistemas de salud regidos por la lógica mercantil, demostrando que el pueblo debe estar en el centro y ser el principal sujeto del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado y sosteniendo que la salud es un derecho y un bien social que debe ser garantizado por el Estado.**

\* Médico sanitarista. Viceministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

---

1 OMC (2020). Comunicado de prensa del 8 de abril de 2020. Disponible en [https://www.wto.org/spanish/news\\_s/pres20\\_s/pr855\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/news_s/pres20_s/pr855_s.htm)

2 FMI (2020). Declaración de la Directora Gerente del FMI Kristalina Georgieva tras una conversación ministerial del G-20 sobre la emergencia del coronavirus. Disponible en <https://www.imf.org/es/News/Articles/2020/03/23/pr2098-imf-managing-director-statement-following-a-g20-ministerial-call-on-the-coronavirus-emergency>.

3 World Bank (2020). World Bank Group President David Malpass: Remarks to G20 Finance Ministers. Declaración del 15 de abril de 2020. Disponible en <https://www.worldbank.org/en/news/statement/2020/04/15/world-bank-group-president-david-malpass-remarks-to-g20-finance-ministers>

4 Mariani et al (2016). Muerte prematura por accidente cerebrovascular y condición socioeconómica en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:120-125.

5 Ramón Carrillo, Teoría del hospital, Tomo I, Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública, 1951, pág. 30.

6 Centro de Estudios de Opinión Pública (Instituto Gino Germani) y DEIS (2004). Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2004.

7 DEIS (2012). Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2010, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

8 Unger, J.-P. y De Paepe, P. (2019). Financiamiento comercial de atención médica: ¿la causa de la ineficiencia de los sistemas de salud de EE. UU., Holanda y Suiza? *Revista Internacional de Servicios de Salud*, 49 (3), 431-456. <https://doi.org/10.1177/0020731419847113>

9 Pagni, C (2020). Coronavirus. La paradoja que faltaba: se enfermó la salud. *La Nación*, 23 de abril de 2020. Disponibles en <https://www.lanacion.com.ar/politica/la-paradoja-que-faltaba-se-enfermo-la-salud-nid2357195>.

10 Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú Washington, D. C: OPS, 2012



▪ Entrevista a Daniel Gollan\*

## **“El Estado es el único que puede resguardar la salud en su dimensión de derecho”**

*La pandemia de COVID-19 alteró la agenda del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, hasta ese momento abocada a la reconstrucción de un sistema devastado. Pese a eso, la crisis permitió innovaciones en la gestión y aceleró procesos de cambio que tendrán efectos a largo plazo.*

¿Con qué panorama se encontraron en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires cuando arribaron a la gestión?

Cuando nosotros arribamos a la gestión teníamos una idea de lo que estaba pasando. A través de la Fundación Soberanía Sanitaria, del Frente



Ciudadano por la Salud y de distintas organizaciones políticas y sindicales de la Provincia de Buenos Aires que militan o trabajan en el sistema sanitario nos fuimos informando de lo que sucedía. También hicimos investigaciones que nos permitieron tener una idea de todo lo que se había perdido, de todo lo que se había ido rompiendo del sistema de salud, los programas que se habían caído, del desfinanciamiento. Con toda esa información tejimos un diagnóstico del deterioro que se estaba produciendo sobre el sistema de salud bonaerense, sobre la base de problemas estructurales que reconocen décadas de existencia. Nos encontramos con eso y, quizás, con bastante más. De lo que había en 2015, inclusive con las cuestiones estructurales, se había perdido muchísimo en todos los rubros: se habían caído programas, abandonado el mantenimiento de hospitales, perdido puestos de trabajo.

Toda la política del gobierno anterior estuvo centrada en un sistema de emergencia y en las guardias y lo demás fue abandonado: prevención, promoción, atención en consultorios externos. El criterio era mostrar un sistema de emergencias funcionando bien y todo el resto de las acciones médicas, pero que para nosotros son mucho más importantes porque están vinculadas a la prevención y a la promoción de la salud, se habían desarmado. Eso en general fue lo que nos encontramos en el ministerio.

**Cuando llegamos empezamos a comprender que no es solamente esto que uno relata de forma teórica, sino que en la práctica todo eso implica la ruptura de procesos de trabajo. Es decir, no encontramos solamente programas que se habían discontinuado y podían ponerse nuevamente vigentes, sino que una acción sanitaria que se discontinúa implica que toda la cadena de procesos esté rota.**

Es una situación compleja: empezábamos a ordenar, a levantar en los primeros dos meses de gestión y llegó la pandemia. Aunque alteró nuestro planes de trabajo, ya que la agenda quedó saturada por la organización de la respuesta, eso nos dio la posibilidad de acelerar algunos procesos que teníamos pensados para dos o tres años.



## ¿Cómo fue el proceso de la compra de insumos a China?

Cuando hace aproximadamente un mes nos dimos cuenta, por cómo venía el flujo de entrega de nuestros proveedores habituales del ministerio, que del 100% de las órdenes de compra de insumos de protección personal iba bajando paulatinamente la entrega, empezamos a investigar dónde estaban estos productos, para poder conseguirlos. Estaban en China. Paradójicamente, el lugar donde surgió la enfermedad, había entrado en una etapa que le permitía a las empresas productoras de este tipo de insumos seguir produciendo. Empezamos a rastrear a estas empresas para poder conseguir los insumos, lo que implicaba armar un dispositivo de compra a 23.000 km de distancia. Inclusive, muchas de estas empresas están a cientos de kilómetros del lugar donde podemos ir a buscarlas, que es el aeropuerto de Pudong, en Shanghái. Además de coordinar los traslados, era necesario contar con un depósito y un operador logístico, el *forwarder*.

*“Es una situación compleja: empezábamos a ordenar, a levantar en los primeros dos meses de gestión y llegó la pandemia. Aunque alteró nuestro planes de trabajo, ya que la agenda quedó saturada por la organización de la respuesta, eso nos dio la posibilidad de acelerar algunos procesos que teníamos pensados para dos o tres años.”*

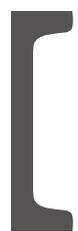
Colapsado el sistema de aviones cargueros a nivel mundial, tuvimos que idear una nueva ruta, evitando pasar por terceros países para no correr el riesgo de que la mercadería fuera incautada. Entonces, nuestros pilotos de Aerolíneas Argentinas idearon la ruta por el Pacífico, con una sola escala en Auckland, en Nueva Zelanda. Fue una cosa absolutamente novedosa, que no se había hecho hasta el momento.



Esta gestión implica el trabajo articulado de una delegación del consulado en Shanghái que trabaja en tiempo real y con quien estamos en comunicación permanente, las 24 horas del día, coordinando con Aerolíneas Argentinas, con el consulado, con los proveedores, con el *forwarder*, con aduana, con AFIP y con todos los actores que tienen que estar finamente articulados para que esto sea un éxito.

Por toda la logística del primer avión, pasamos tres noches sin dormir. El segundo salió mejor. Con el tercero, el cuarto y el quinto ya tuvimos con tres días de anticipación todos estos dispositivos armados.

A partir de este éxito y habiendo algunas provincias que están teniendo estos faltantes, les estamos brindando este *know-how* para que también puedan traer los productos a sus provincias.



*“Uno de los objetivos más importantes fue fortalecer las camas de terapia intensiva: necesitábamos más del doble que las que teníamos.”*

### **¿Cómo es el trabajo articulado con los municipios?**

Cuando sucedió la crisis hubo que generar una serie de dispositivos nuevos para poder hacerle frente. Uno de los objetivos más importantes fue fortalecer las camas de terapia intensiva, ya que necesitábamos más del doble que las que teníamos. También había que aumentar las camas intermedias y las camas de aislamiento masivas. ¿Por qué? Porque habrá muchas personas con COVID-19 que no puedan realizar el aislamiento en su domicilio y que van a necesitar una internación extrahospitalaria para evitar el contagio masivo y así evitar que los grupos vulnerables se enfermen. Hay sectores que no tienen las condiciones, como otros sectores sí tienen, de estar aislados en su propia casa.



El estado provincial no tiene extensión territorial. Tenemos 135 municipios, cada uno con su intendente y su secretario de salud o director de salud, según el caso, que tienen la territorialidad. Entonces, hablamos con ellos y empezaron a gestionar y gestar estos centros, nosotros hacemos apoyos desde la provincia para aportar a ese cuidado. Se hizo un cálculo frente a una hipótesis en la que necesitamos 14.000 camas de aislamiento y desarrollamos un sistema informático para poder administrar estas camas de forma coordinada con los municipios.

Los tiempos que van pasando hasta que empiezan a fluir las soluciones o las respuestas, aunque sea parciales, generó algunos momentos de tensión. Es normal en una situación de crisis.

La relación sigue siendo permanente, día a día, con las líneas de comunicación abiertas con cada intendente, con cada secretario de salud en cada momento y en cada lugar, resolviendo los problemas puntuales que aparecen.

### ¿Cómo modificó la agenda de trabajo la irrupción de la pandemia?

Es un poco más de trabajo de lo mucho que ya teníamos. Hubo que redefinir toda la agenda. Es una planificación que además depende de un montón de variables que no podemos controlar, con lo cual lo hace un poco más azaroso y estresante.

*“Son muchísimas las variables que no sabemos si vamos a poder controlar y eso nos da un margen de incertidumbre que hace que nuestra nueva agenda sea tan dinámica que la tengamos que redefinir día a día. Fuera de estas pequeñas cosas, la vida continúa.”*

Por empezar, hoy no sabemos muy bien cómo es el comportamiento de este virus. Los expertos del mundo nos dicen que hay más de 10, 12 mil



mutaciones, porque estos virus son de mutar así y de esas mutaciones depende el diseño de la estrategia. Otro de los puntos importantes es que los tests diagnósticos con los que hoy contamos no detectan al virus durante el período asintomático. Si aparecen tests más precoces podremos proteger mejor y podremos tomar decisiones en base a información más rápida. **Son muchísimas las variables que no sabemos si vamos a poder controlar y eso nos da un margen de incertidumbre que hace que nuestra nueva agenda sea tan dinámica que la tengamos que redefinir día a día. Fuera de estas pequeñas cosas, la vida continúa.**

Hay que sacar del sentido común un miedo exagerado a que esto es el fin del mundo. Es un virus embromado que todavía no lo comprendemos bien, que en algunas personas evoluciona de una manera, en otras, de otra. No sabemos en cuánto tiempo se va a lograr la inmunidad, qué tipo de inmunidad, eso lo vamos a ir viendo. Faltan un montón de certezas, pero sabemos que seguramente termine contagiándose una gran parte de la población. El desafío está en que los contagios se produzcan de forma gradual, sin colapsar el sistema de salud. Protegiendo a las poblaciones vulnerables para que ellas, también en algún momento, si tienen algún contagio, sea más manejable, esperando tal vez ya tener una vacuna u otras herramientas terapéuticas.



*“En salud particularmente, el mercado es absolutamente imperfecto, es el mercado más imperfecto que existe.”*

Esto va a pasar y un día vamos a recordar esto como una anécdota desagradable de la humanidad, que dejó un montón de problemas, pero la vida sigue y la tenemos que tratar de vivir de la mejor manera posible. Tratemos de que el coronavirus no nos quite la felicidad, la alegría de vivir. Pensemos en todo caso, en el momento en el que podamos volver a abrazarnos, en el que podamos volver a reunirnos en los cumpleaños. Pensemos, en eso y vamos a ver que la podemos sobrellevar y cuando llegue



ese día nos vamos a acordar de este duro trago como una anécdota más de nuestras vidas.

**¿Cree usted que va a cambiar la percepción que tenemos del Estado?**

**La crisis nos demuestra la peor cara del sistema capitalista.** Cuando vamos a buscar un barbijo, que tiene un costo de x pesos y hay 7 mil millones de personas buscando el mismo barbijo en el mundo, la persona que los produce se sienta y dice “bueno, hoy vale 10 veces más, 20 veces más”; tu única posibilidad es comprarlos y pagarlos eso porque sino no podés llevarlos al hospital o al centro de salud. Aparece una distorsión de precios espectacular. Todos los cultores de la oferta y la demanda piden que intervenga el Estado, que ponga límites.

En salud particularmente, el mercado es absolutamente imperfecto, es el mercado más imperfecto que existe. Porque el que compra está mediado por alguien. Cuando no está el Estado el mercado se vuelve mucho más imperfecto porque hay un incentivo económico para que esto suceda. Si seguimos diciendo que la respuesta del sistema es individual y no pensamos en términos de procesos de salud colectiva es difícil que esto pase.

*“Hoy tenemos un montón de actores en el sistema de salud que el Estado no controla, que son casi independientes, pero que son formadores de opinión y de sentido común. El Estado es el único que puede resguardar la salud en su dimensión de derecho”*

Aparece otro problema: el Estado se fue debilitando hace mucho tiempo y delegó muchas de sus funciones que otros actores del sistema empezaron a cubrir, porque es una ley de la sociología y de la política que cuando



alguien abandona un lugar, otro lo ocupa, sobre todo cuando son lugares de decisión y de poder. Entonces hoy tenemos un montón de actores en el sistema de salud que el Estado no controla, que son casi independientes, pero que son formadores de opinión y de sentido común. El Estado es el único que puede resguardar la salud en su dimensión de derecho. Todo lo demás es una relación individual de un médico o una institución con un paciente al cual lo pueden tratar muy bien o muy mal pero que está mediada por una ecuación comercial.

Como estamos viendo, muchos sectores privados de la salud se van quedando con las áreas más rentables, las que dan más dinero y nos van dejando a los Estados las áreas más costosas: las terapias intensivas, las guardias permanentes, las emergencias. En la Provincia de Buenos Aires la mitad de los municipios ya no tienen clínicas y sanatorios privados ya que se fueron porque no son rentables. ¿Quién se hace cargo? El municipio o la provincia. Yo no estoy criticando esto, porque forma parte de una lógica. Nadie pone una empresa para quebrar. Es gente que tiene ganas de ejercer su profesión pero que obviamente necesita ganar dinero. Ahora, cuando eso no sucede, me voy. ¿Quién se queda para garantizar el derecho? El Estado.



*“El Estado es el único que puede resguardar la salud en su dimensión de derecho.”*

Esto pasa en tiempos regulares. Ahora, con la crisis, se exacerba en una dimensión incalculable, por lo tanto hay que valorizar esto, sostenerlo fuertemente como experiencia y no dejar que después de que la cosa se empiece a regularizar nos arrebaten esta capacidad de generar este sentido común, que en definitiva y al final del día, si no tenés más Estado, tu derecho no está garantizado.

\* Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires



Fotografía: Charo Larisgoitia

# El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia

*En el marco de una incertidumbre radical, el análisis de la dimensión subjetiva exige estudiar los atravesamientos económicos e institucionales en la vida cotidiana de las personas. En el futuro, posiblemente nada vuelva a ser como antes, ni siquiera las prácticas en salud mental.*

▪ Por Alicia Stolkiner\*

Toda epidemia es un proceso que articula naturaleza y sociedad y reconoce dimensiones económicas, políticas, sociales, culturales y subjetivas. En el caso de la actual pandemia de COVID-19, la magnitud de la afectación planetaria, la deficiente respuesta de países que se consideraban



“desarrollados” y la definitiva caída de certezas con respecto al futuro de lo humano en sí, construyen un escenario inédito. **Pareciera que asistimos al desequilibrio catastrófico de un sistema hipercomplejo de alta inestabilidad, la economía-mundo capitalista en su faz financiera.**

Los países han seguido distintas estrategias que van desde medidas fuertes de restricción de actividades y circulación de personas hasta desestimación del riesgo y poca intervención estatal que, como en EE.UU, tuvo resultados letales. Los sistemas de salud debilitados por su mercantilización expusieron sus fisuras y debilidades. **El mercado mostró ser un pésimo proveedor de servicios ante la emergencia y los Estados ocuparon la escena.**



*Analizar las dimensiones subjetivas y la posible producción de sufrimiento psíquico de este fenómeno mientras sucede no admite certezas, sino hipótesis y preguntas.*

Aun entre los países con estrategias de aislamiento poblacional, no todas las políticas desarrolladas fueron semejantes. En la Argentina, sin establecer situación de excepción, a partir del 20 de marzo comenzó a regir el aislamiento social con intervención de fuerzas de seguridad y algunos episodios de violencia institucional.

Analizar las dimensiones subjetivas y la posible producción de sufrimiento psíquico de este fenómeno mientras sucede no admite certezas, sino hipótesis y preguntas. Es un análisis que requiere de la necesaria articulación entre economía, instituciones y dispositivos con la vida de los sujetos singulares. Y es justamente la vida cotidiana, sus rutinas, temporalidades, espacios y relaciones, la que se ve particularmente alterada. **Otro factor fundamental es la pérdida de certeza con respecto a planeamientos de futuro, saber que nada volverá a ser cómo era.** Finalmente y como diría Sigmund Freud ante la guerra, el hecho de que “la muerte no se deja ya negar”<sup>1</sup>, el surgir de un riesgo que no teníamos naturalizado es un factor más a considerar.



*En materia de desigualdades no solo tiene peso la alimentación, vivienda y subsistencia en general, sino también la desigualdad en el acceso a determinados bienes simbólicos, por ejemplo a recursos tecnológico-informáticos, carencia que no solo es atribuible a pobreza sino también a grupo etario.*

Aconsejaría no precipitarnos a psicopatologizar o hacer afirmaciones taxativas respecto de las implicaciones subjetivas de lo que estamos atravesando. Hemos observado que algunas personas con diagnósticos de “trastornos graves” y antecedentes psiquiátricos que viven en comunidad no han mostrado agravamientos notables si mantuvieron de alguna manera sus soportes sociales y terapéuticos. Por otro lado, la presencia de algunos niveles de ansiedad y una cierta tristeza de duelo no pueden considerarse en sí patológicos, aunque merecen escucha y acompañamiento.

También es razonable evitar generalizaciones debido a las notables diferencias entre los afectados de clases medias y altas y quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad social, profundizada por la crisis económica anterior a la llegada de la epidemia. **En materia de desigualdades no solo tiene peso la alimentación, vivienda y subsistencia en general, sino también la desigualdad en el acceso a determinados bienes simbólicos, por ejemplo a recursos tecnológico-informáticos, carencia que no solo es atribuible a pobreza sino también a grupo etario.** Obviamente el aislamiento agudizó los problemas de la violencia contra la mujer, los femicidios y el abuso o violencia con los niños y los frágiles; complejizó el apoyo necesario de las personas con discapacidad y le agregó elemento de tensión a las problemáticas de consumo.

Si lo pensamos en términos de articulación de dimensiones, la respuesta del Estado y las prácticas colectivas de cuidado pueden ser consideradas factores protectores de posibles efectos traumáticos. Reconozcamos que



esta sociedad ya venía de situaciones fuertemente estresantes en lo económico y político y quizás la posibilidad para muchos de sentir acciones positivas de amparo y visibilización por parte del Estado y la sociedad adquiere un valor de soporte subjetivo. Obvio que esto no es universalizable.

Hubo distintas formas de posicionarse y actuar frente al COVID-19, una centrada en la lógica del cuidado solidario y colectivo con marco comunitario y otra centrada en la preservación individual y el control poblacional que fácilmente derivó en estigmatizaciones y exclusiones motorizadas por el miedo. Ambas coexisten y eventualmente se articulan de diversas maneras. Agregaría que la metáfora bélica de la enfermedad convoca una épica que debe ser revisada en sus efectos porque cristaliza en algunos la necesidad de un enemigo identificable y en otros una actitud sacrificial, grave en el caso de algunos agentes de salud.

**El campo de la salud mental es heterogéneo y está atravesado por la fragmentación y segmentación del sistema de salud en su conjunto, así como por conflictos corporativos y posicionamientos diversos.** En él hay multiplicidad de prácticas y agentes: el trabajo en el primer nivel de atención, en hospitales estatales generales o monovalentes (con sus distintas dependencias), las prácticas de atención en obras sociales y empresas de medicina privada y las prácticas privadas. Todo esto en el marco de las tensiones de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y su perspectiva de derechos en el año en que se debían transformar las instituciones monovalentes. Valga mencionar que además, en muchos casos, los profesionales padecieron la falta de recursos indispensables para desarrollar sus tareas sin riesgo de contagio.

Tanto a nivel nacional, provincial y municipal se tomaron distintas medidas y se intervino sobre las acciones directas o sobre conflictos entre agentes del campo. Analizarlas y evaluarlas en su complejidad excede este escrito, pero es **destacable que se promovieran y pensaran acciones de cuidado y atención en salud mental desde el principio de esta situación absolutamente extraordinaria.** También se vio que algunos de los dispositivos creados por la



Ley Nacional de Salud Mental resultaban útiles en la gestión de las políticas, tal el caso del Consejo Consultivo Honorario.

**Las instituciones totales dejaron al descubierto su vulnerabilidad en situación de epidemia.** Los geriátricos demostraron que el encierro era más peligroso que la calle, mientras el Gobierno de la CABA intentaba regimentar estrictamente la circulación de personas de más de 70 años que no estaban internadas. Asimismo, respecto de los hospitales monovalentes, se plantearon acciones para prevenir la entrada de la epidemia en ellos pero implicaron un costo emocional para los y las internados/as al suspenderse las visitas y los talleres. Se promovió dar el alta a quienes estuvieran en condiciones de ello, pero simultáneamente se convirtieron en lugares de menor riesgo de contagio para atender e inclusive internar situaciones de crisis.

**La situación de usuarios y profesionales de empresas de medicina prepaga y obras sociales se vio conmovida porque muchas de ellas decidieron no reconocer las sesiones virtuales y recetas electrónicas, lo cual les ahorra un gasto importante pero obligaba a los profesionales a atender gratuitamente o abandonar a sus pacientes.** Hubo protestas en redes, se expidieron organizaciones profesionales y la Dirección Nacional de Salud Mental recomendó que se reconocieran esas prestaciones, cosa que finalmente hizo la Superintendencia de Seguros de Salud, pero no fue acatado en todas las jurisdicciones.

**Un impacto de la pandemia en esas prácticas, que va a dejar algún efecto sobre ellas es que logró estructuralmente horizontalizar la relación profesional-usuario, más allá de cuánto lo perciban sus actores.** No había forma de ocultar en el vínculo terapéutico que ambos estaban en una situación de excepcional vulnerabilidad, que ambos compartían lo común. Así, develó mucho de lo no pensado y no teorizado de esas prácticas. En esto, como en casi todo, nada volverá a ser lo que era.

\* Licenciada en Psicología, especializada en Salud Pública con orientación en Salud Mental. Profesora Titular de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología de la UBA.

---

1 Sigmund Freud: Consideraciones de actualidad sobre la Guerra y la Muerte-2015 Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1972 (2011)



Fotografía: Aylén Galiotti

## La pandemia, entre la salud y la economía

*Liderazgo político fuerte, decisiones basadas en la epidemiología y reconstrucción del tejido social son la clave para dar una respuesta adecuada. No existe conflicto entre salud y economía con un Estado nacional y popular que atienda la emergencia, protegiendo los intereses de los sectores más humildes y excluidos socialmente, aún en detrimento transitorio de la actividad económica.*

▪ Por Jorge Rachid\*

Los procesos de crisis se gestionan desde Estados soberanos o desde países dependientes y colonizados. La diferencia estriba en que en el primero de los casos las decisiones político- sanitarias son soberanas y autónomas, de acuerdo a las necesidades epidemiológicas y las pautas culturales de los



pueblos, mientras que en el segundo se tienen márgenes de acción acotados a realidades que sujetan su economía o su proceso de decisión política, como ocurrió en los años de neoliberalismo en nuestro país.

La pandemia, sin dudas una crisis mayúscula que pone en tensión todos los músculos del Estado, solo puede recibir respuesta adecuada con un liderazgo político fuerte, con una epidemiología avalada por especialistas infectólogos y sanitaristas que conduzcan el proceso hacia las decisiones políticas que deben adoptarse y una comunidad que las acepte solidariamente para reconstruir su tejido social sobre la base del bien común, que había sido arrasado por el individualismo meritocrático de una cultura brutal e inhumana, el neoliberalismo.

Esos tres ejes configuran la batalla que hoy está librando la Argentina, en **una oportunidad única que combina las ventajas de contar con información sobre el virus y su patrón con la garantía del accionar de un gobierno nacional y popular que supo imponer políticas duras, en escenarios no tan dramáticos, pero explicando las características estratégicas de estas decisiones**, a la par de mostrar lo que se hizo en otras latitudes, donde el manejo de la información se intentó subsumir al resguardo macroeconómico, desatendiendo a la población y con consecuencias fatales. Eso en nuestro país se está resguardado, colocando a la salud por encima de la economía, que siempre se recupera, pero no así los muertos, que yacen para siempre.

**Sin embargo los sectores económicos hegemónicos afectados económicamente por las medidas de cuarentena atacan esta idea por intentar reducir sus daños materiales, exponiendo a la población trabajadora a mayores peligros.** Sucede como en las guerras: quienes las declaran y ganan dinero con ellas nunca mandan a sus hijos a los frentes de combate, que son ocupados por los jóvenes patriotas que luchan por causas ajenas. En el caso actual, quienes detentan el poder financiero son capaces de expandir la pandemia en función de sus propios intereses, al margen de la salud pública y los muertos que deja.



Fotografía: Jose Nicolini

## Un dilema ético y moral

La conciencia de un pueblo se define en el destino común por cultura, por historia, por oralidad familiar y social; va construyendo las subjetividades que dan forma al ser humano como una identidad no solo individual, sino social y política y por una mirada del mundo, de la vida y de las cosas que suceden, ese conjunto de ideas llamadas ideología. Las preguntas que surgen son: **¿Existe una ideología sanitaria? ¿Forma parte de ese conjunto de ideas la cultura sanitaria de un pueblo? ¿Esa cultura es puesta en duda por políticas nacionales o colonizadoras?** La respuesta es sí. Desde el peronismo en adelante, con Ramón Carrillo como abanderado, con los Alvarado, los Ferrara, los Liotta, los Testa y cientos más de sanitaristas y médicos de todas las latitudes del país, desde la Medicina Social del fundador a la Epidemiología Comunitaria o Crítica de hoy, que nos define como enfrentando las determinaciones sociales que afectan la salud, **sabemos que la salud es un derecho humano esencial, que es un bien constitucionalmente protegido, que los médicos no somos los dueños de la salud de un pueblo, sino que es la política y el Estado quienes deben preservarla.**

Entonces, existe una cultura que hace de la salud pública su bastión principal en los servicios sanitarios, pero también advierte que toda la



salud es pública, aunque algún sector pueda ser de gestión privada. Esa sola razón implica que el llamado “mercado” no puede ni debe accionar en el sector salud, ni la industria farmacéutica, ni las nuevas tecnologías pueden reemplazar las políticas oficiales o eludir los sistemas regulatorios de un Estado en democracia plena, que debe proteger a sus habitantes.

*Desde la creación del Ministerio de Salud de la Nación hasta la actualidad, la tensión entre transferir las responsabilidades a las provincias o fortalecer un sistema nacional de salud, se dirime según el proyecto político gobernante.*

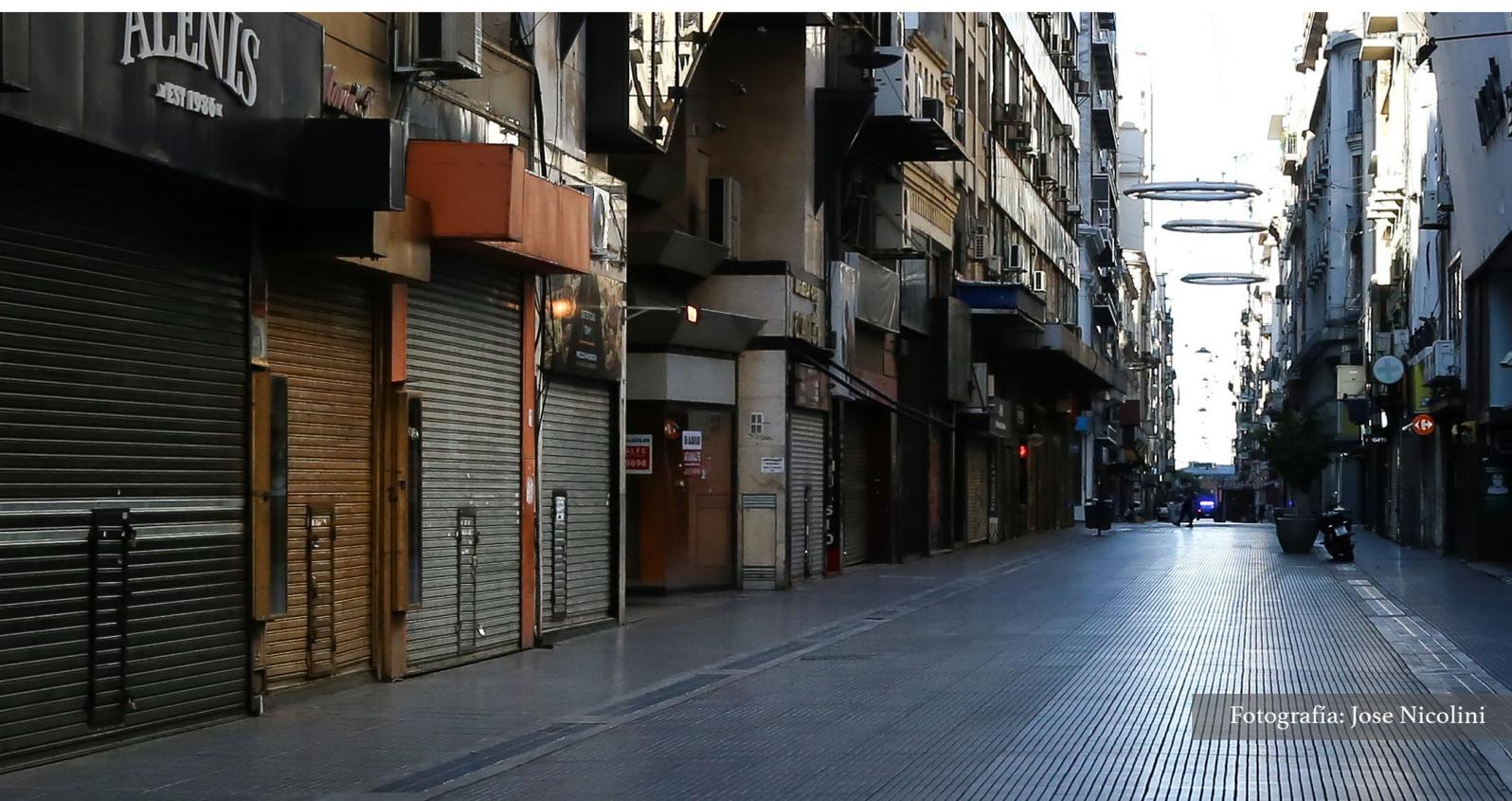
Por lo tanto, no enfrentamos una pandemia desde un abismo, lo hacemos con una conciencia popular compartida que se basa en la solidaridad social y el convencimiento de que la salud pública, o sea el Estado, es quien puede proteger su bien máspreciado. Por esa razón no hay conflicto entre salud y economía con un Estado nacional y popular que atienda la emergencia, protegiendo los intereses de los sectores más humildes y excluidos socialmente, aún en detrimento de la actividad económica, que necesariamente debe ser frenada. Si estuviésemos en guerra la situación se agravaría aún más por la destrucción que conllevan los conflictos bélicos, en donde los pueblos no solo sufren desde lo sanitario, sino también con los desplazamientos migrantes y la destrucción de ciudades.

**El dilema moral no es tal. Solo se plantea una lucha de intereses entre el bien común y el individual empresarial que, además de intentar burlar la cuarentena determinada por el poder político, lo extorsiona con desabastecimiento y aumento de precios, lo cual impacta directamente sobre la calidad de vida de la población, genera más pobreza y baja las defensas de los organismos subalimentados. No es entonces un dilema, es una canallada de sectores**



privilegiados que intentan colocar de rehenes al conjunto de la población, con impacto directo a su salud, poniendo en riesgo a la comunidad en su conjunto.

Pero una pandemia no produce una crisis, en todo caso desnuda lo lábil de un sistema basado en el lucro y la especulación, que siempre tiende a debilitar los lazos sociales y utilizar al Estado como coto de caza de sus propios intereses, bajando el llamado “gasto público”, que no es otra cosa que la inversión en salud, educación, seguridad, obras públicas, viviendas y todo aquello que las políticas neoliberales catalogan como “gasto”, imputándolo a pérdidas, al desconocer la importancia social de un pueblo incluido, en el destino de la Patria.



Fotografía: Jose Nicolini

## Un nuevo escenario

Al terminar la crisis de la pandemia, la Argentina y el resto de los países, se encontrarán en la tarea de rediseñar estratégicamente el modelo de construcción social y económica que llevarán adelante, al quedar demostrada la fragilidad de los



sistemas que hasta ahora dominaban el mundo. Nuestro país enfrenta ese desafío de la mejor manera, por historia y por cultura nacional, que le otorga desde lo sanitario un avance para el día después: el sistema público y los sistemas solidarios de salud saldrán fortalecidos frente a las presiones del mercado de la salud, que intentó por años la destrucción de las instituciones propias de nuestra cultura sanitaria nacional basada en la solidaridad social. Ese intento de transformar los sistemas solidarios en sistemas de lucro deberá quedar enterrado después de la pandemia, como así también la extorsión de la industria farmacéutica en los precios de un bien social como son los medicamentos, y el uso abusivo e inescrupuloso de las tecnologías médicas, como corrupta de remuneración salarial anexa.

**El fortalecimiento del Estado como garante de los sistemas sanitarios debería ser el salto cualitativo hacia adelante que nos permita recrear un sistema nacional, que integre a los diferentes subsectores solidarios de la salud, en una planificación estratégica que devuelva a nuestro país, la concepción federal, de igualdad de condiciones al conjunto de los compatriotas en cualquier rincón del país donde el Estado repare las asimetrías propias de nuestra extensión territorial y nuestras culturas integradas, como Patria Grande Latinoamericana.**

En definitiva, de las crisis se sale con la oportunidad de construir un nuevo destino, consolidado en una visión estratégica de país, con un pueblo integrado y feliz, con soberanía política y ejercicio pleno de la independencia económica en un marco de Justicia Social. Para ese fin debemos enfrentar los desafíos del presente con la firmeza que otorga ese conjunto de ideas que describíamos al principio, que nos dan frente al mundo una identidad plena, con coraje, determinación y liderazgo expresado hoy en el gobierno que encabezan Alberto Fernández y Cristina Fernández, como comandantes de una batalla épica que hará historia, porque es protagonizada y brindada por el conjunto del pueblo argentino.

\* Médico sanitarista, especialista en Seguridad Social. Profesor titular en Ciencias Sociales y profesor adjunto de Medicina del trabajo en la UNLZ.



Fotografía: Aylén Galiotti

# Sistema de salud argentino: dificultades para sintetizar una respuesta

*La pandemia de COVID-19 puso a prueba a todos los Estados y sus sistemas de salud. En Argentina, la compleja trama del sistema de salud hace que en tiempos de crisis las respuestas queden a cargo del Estado.*

■ Por María José Luzuriaga\*

La pandemia de COVID-19 está poniendo sobre el tapete diversas cuestiones que el poder real y cierta idea de “sálvese quien pueda” (montada sobre un extremo individualismo) logran solapar en “situaciones normales”. Entre ellas la importancia de contar con un Estado sólido y consistente que coordine y regule todas las aristas necesarias de la vida en sociedad que son necesarias para lograr un cierto estándar de bienestar. La única forma de



cuidarse es cuidarnos entre todos, por eso el Estado no puede reducirse a niveles de mínima función y mínimo gasto.

**Las voces que claman por la reducción del Estado suelen ser históricamente las mismas que, cuando las crisis golpean, llaman para que las rescaten.** La crisis del 2008 fue un excelente ejemplo de cómo las ideas del Consenso de Washington se hicieron añicos. Los Estados fueron los que salvaron de la quiebra a bancos, automotrices y otras empresas multinacionales. Las crisis revelan los límites estructurales de las sociedades y de sus sistemas económicos.

Reflexionemos acerca de nuestro sistema de salud a la luz de la circunstancia tan crítica de la pandemia del COVID-19. **El sistema de salud argentino tiene características peculiares que lo distinguen de los de otros países del mundo, debido a la heterogeneidad que lo caracteriza y que supone un entrecruzamiento de responsabilidades o atribuciones de los sectores, de las diferentes instituciones que forman parte de él y no están suficientemente articuladas.** Por supuesto, no está exento de contradicciones y de intereses opuestos. No fue fruto de una planificación o de un acontecimiento extraordinario, sino que se fue construyendo en función de los vaivenes políticos y económicos.



*Las voces que claman por la reducción del Estado suelen ser históricamente las mismas que, cuando las crisis golpean, llaman para que las rescaten.*

En el sector público encontramos los planes nacionales y programas estatales a nivel central. La descentralización le otorga a cada una de las 24 jurisdicciones la competencia para determinar el funcionamiento de la organización de su salud. A su vez los más de 2000 municipios cuentan con organización su propia: 1554 establecimientos de salud con internación y



financiamiento público (SIISA) y alrededor de 8000 centros de atención primaria de la salud.

En el subsector de la seguridad social tenemos más de 300 obras sociales nacionales que cubren alrededor de 14 millones de afiliados (5% de ellas concentran el 54% de los afiliados y el 95% restante cubre al 46% de los afiliados). Este subsector se conforma también por las 24 obras sociales provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). El sector público interviene como regulador de las prestaciones en el caso de las obras sociales nacionales y como ejecutor de las mismas en el caso de las obras sociales provinciales y el INSSJP-PAMI.

*Es imaginable la heterogeneidad existente en el interior de cada subsector. Imaginemos también cómo es la articulación entre ellos. El adjetivo “complejo” parece quedarse corto.*

El sector privado se conforma por clínicas, sanatorios privados, centros diagnósticos, laboratorios, empresas de producción y/o comercialización de insumos médicos y empresas de medicina prepaga (que actualmente son 300). Solo cinco de las empresas de medicina prepaga concentran aproximadamente el 70% de los afiliados (CADIME, 2019). Este sector también se caracteriza por una alta heterogeneidad en términos de: cantidad de afiliados, cantidad y calidad de prestaciones, red de prestadores, existencia o no de efectores propios, modelos de gestión, estrategias de negocio, entre otros aspectos.

Es imaginable la heterogeneidad existente en el interior de cada subsector. Imaginemos también cómo es la articulación entre ellos. El adjetivo “complejo” parece quedarse corto.



Pongamos como ejemplo esta pequeña descripción. En el sistema público hay diferencias en cuanto a la pertenencia: los hospitales pueden ser nacionales, provinciales o municipales, aunque un hospital provincial puede tener el tamaño y la capacidad de atención similar a uno nacional. Lo mismo vale para los hospitales municipales y de la Ciudad de Buenos Aires. En el privado, como dijimos, hay unas pocas empresas que absorben casi toda la demanda privada y el universo de pequeñas empresas privadas dedicadas a la salud es amplio. Las obras sociales pertenecen a agrupaciones profesionales y a sindicatos, por lo que el tamaño variará con la cantidad de trabajadores que pertenecen al ramo; sin embargo, desde la desregulación de los años '90, los trabajadores pueden optar por una obra social que no pertenezca al rubro en que trabajan. Además, hay obras sociales que no fueron alcanzadas por este nuevo régimen, como las provinciales, las nacionales de las fuerzas de seguridad y las de universidades.

*Dada la naturaleza de las cargas sociales, un mismo ciudadano puede ser usuario de los tres sectores: en un trabajo le pagan una obra social, él por su cuenta se afilia a una prepaga, pero por algún motivo acude al hospital público.*

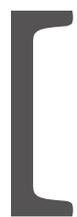
Ahora bien, un usuario puede ser atendido en el ámbito público, aún cuando tenga una prepaga o una obra social. Es de hecho lo que sucede la mayor parte de las veces en caso de accidente de tránsito. Más aún, **dada la naturaleza de las cargas sociales, un mismo ciudadano puede ser usuario de los tres sectores: en un trabajo le pagan una obra social, él por su cuenta se afilia a una prepaga, pero por algún motivo acude al hospital público.** Cuando se trata de un accidente de tránsito, independientemente de la o las coberturas del usuario, el traslado y la atención inicial se realizan a una institución pública en la que los profesionales y técnicos, así como los recursos básicos,



son aportados por el Estado. Posteriormente, si el paciente permanece en la institución pública –en el caso de que la complejidad de su situación impida el traslado- y necesita algún insumo extraordinario (como una prótesis), puede solicitar y lograr que la obra social o la prepaga cubran ese gasto.

Notemos el complejo entrecruzamiento entre sectores y sepamos que hemos hecho una descripción escueta e incompleta de una situación que es habitual en nuestro sistema de salud, sobre todo tomando en cuenta que los accidentes de tránsito son una de las causas más frecuentes de lesiones y muertes.

En síntesis, **en la organización y el financiamiento del sistema de salud argentino se denota una fusión de lo público con elementos de lo privado:** mientras los hospitales y servicios de salud prestan atención gratuita a quien la demande, el financiamiento es principalmente a partir de recursos fiscales y es esporádicamente incrementado a partir de pagos ocasionales por parte del sistema de seguridad social cuando en los hospitales se atiende a sus afiliados. Por otro lado, están las empresas de medicina privada con escaso marco regulatorio estatal y cierto uso del sistema público sin retribución. En cuanto a las obras sociales, que en su mayoría pertenecen a organizaciones de trabajadores y que poseen un papel preponderante en el interjuego del sistema de salud en su conjunto, también gravitan entre lo público y lo privado, estableciendo alianzas y vínculos tanto con sectores del Estado como con empresas privadas.



*En la organización y el financiamiento del sistema de salud argentino se denota una fusión de lo público con elementos de lo privado.*

La pandemia de COVID-19 puso a prueba a todos los Estados y sistemas de salud. Cuando consideremos al nuestro, tengamos en cuenta su particular complejidad



para comprender lo difícil que es, desde el Estado (en definitiva el que se hace cargo en situaciones complicadas), lograr consenso entre los diversos componentes de un sistema con tantos actores y con tantos intereses creados y encontrados. Frente a la pandemia, vemos que el Estado está actuando con rapidez, pero sabemos que no es fácil la coordinación de todas las partes involucradas, sobre todo cuando aún no hemos llegado a la peor fase del problema.

Hasta el momento se tomaron medidas extremas, que si bien tendrán un impacto durísimo en una economía ya deteriorada, **lo cierto es que son las mejores herramientas para poder aplanar la curva.** La cuarentena siempre ha sido un método eficaz; el punto clave aquí es que es una medida que tiene una corta temporalidad y la incertidumbre parece prolongarse. Sin duda esta inédita situación nos plantea para el futuro el interrogante de cómo tender hacia una mejor articulación del sistema.

*La pandemia de COVID-19 puso a prueba a todos los Estados y sistemas de salud. Cuando consideremos al nuestro, tengamos en cuenta su particular complejidad para comprender lo difícil que es, desde el Estado (en definitiva el que se hace cargo en situaciones complicadas), lograr consenso entre los diversos componentes de un sistema con tantos actores y con tantos intereses creados y encontrados.*

Hasta ahora las acciones que está tomando el Estado argentino están basadas en sus propios recursos. **Hay que evitar la expansión de la pandemia y el colapso del sistema de salud a fin de asegurar atención y tratamiento para todo el que lo requiera.** Porque cuidarte es cuidarnos o a la inversa, como prefieras.

\* Socióloga. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.



Fotografía: Prensa Presidencia de la Nación

# Después de la pandemia: la salud en la reconfiguración del orden internacional

*La pandemia de COVID-19 puso en tensión el orden mundial. Surge la oportunidad de democratizar las relaciones internacionales en términos sanitarios y económicos.*

■ Por Mario Rovere\*

Aunque no sea sencillo dimensionarlo adecuadamente, lo que estamos viviendo desde principios del año 2020 constituye, luego de las dos grandes guerras mundiales, el suceso más conmovedor de la historia contemporánea, superando incluso la conmoción de la caída de las Torres Gemelas.

Finalmente llegó, la pandemia más anunciada de la historia, la que iba a dejar chiquita a la gripe española, la que no ocurrió con el SARS, la que no



ocurrió con la gripe porcina (H1N1), la que no ocurrió con el ébola, llegó de la mano de un coronavirus la COVID-19 menos letal que sus primos el SARS y el MERS, pero de una contagiosidad sin precedentes.

Apenas cinco años atrás Bill Gates, -el constructor del imperio Microsoft, el mismo que desplazó a Rockefeller en el liderazgo de la filantropía sanitaria internacional, y el mismo que por la desidia de las grandes potencias devino en un actor protagónico de la propia OMS- advertía: *“hoy la mayor catástrofe mundial no se parece a esto [una catástrofe nuclear]... Si algo ha de matar a más de 10 millones de personas en las próximas décadas, probablemente será un virus muy infeccioso más que una guerra. No misiles, sino microbios. En parte la razón de esto es que se han invertido enormes cantidades en disuasivos nucleares. Pero en cambio, muy poco en sistemas para detener epidemias. No estamos preparados para la próxima epidemia”* (Bill Gates “charla TED” 2015).

*Estados Unidos, el país líder, potencia mundial económica, política y militar por más de 70 años, es hoy el país que se acerca a aportar un tercio del total de casos a nivel mundial y ha alcanzado en tiempo récord uno de los primeros puestos en el luctuoso ranking de fallecidos.*

Al momento que se escribe este artículo las cifras ya son pavorosas de por sí pero seguramente lo serán menos hoy que cuando lo estén leyendo. Sin embargo, un dato no pasará tan rápidamente al olvido: el que Estados Unidos, el país líder, potencia mundial económica, política y militar por más de 70 años, el que invierte el 17 % de su PBI en salud, el que dedica en promedio más de 11.000 dólares por habitante por año para brindar un fragmentado e injusto sistema de atención médica, el que a pesar de contar con más de 50 días para prepararse respecto a otros países asiáticos y europeos que no tuvieron esa posibilidad, es hoy el país que se acerca a



aportar un tercio del total de casos a nivel mundial y ha alcanzado en tiempo récord uno de los primeros puestos en el luctuoso ranking de fallecidos.

Nada menos que Henry Kissinger, a sus 96 años, lo expresa con contundencia: la supremacía norteamericana se construyó sobre la base de *“la creencia de que sus instituciones pueden prever calamidades, detener su impacto y restaurar la estabilidad. Cuando termine la pandemia de COVID-19 se percibirá que las instituciones de muchos países han fallado”*, e incluso agrega: *“la prueba final será si se mantiene la confianza pública en la capacidad de los estadounidenses de gobernarse a sí mismos”*.

No por casualidad, **los gobernadores en los Estados Unidos (ocurre lo mismo en Brasil) se ven obligados a definir políticas a espaldas e incluso contrarias a las del gobierno federal** que, por citar solo un ejemplo, no ha establecido ninguna restricción para el tráfico aéreo doméstico y algunas restricciones muy ligeras para el internacional.

En vez de esto, la ira del presidente Trump se vuelca sobre la OMS, le quita los fondos e intenta desacreditar a quien hoy lidera esa institución, por primera vez un representante de África: el Dr. Tedros Ghebresus. Ante los ataques, la respuesta del Director de la OMS fue igualmente dura: “El funcionario consideró que usar la pandemia COVID-19 para ganar puntos políticos es peligroso y solo daría como resultado “muchas más bolsas para cadáveres”. Quizás una premonición sobre los entierros masivos que hoy encara la Ciudad de Nueva York.

El negacionismo y la confrontación entre ciencia y política llegó también a la política doméstica de América Latina, en donde el presidente Bolsonaro, -quien llega a ese cargo como fruto de una de las farsas jurídico-políticas más grotescas de la historia contemporánea-, dejó al descubierto en una torpe maniobra que no gobierna y que es apenas la cara visible de un golpe cívico-militar. Le solicitó públicamente la renuncia a “su” Ministro de Salud, quien sin embargo continuó en su cargo algunas semanas por el apoyo del ejército y finalmente fue reemplazado por un empresario de la salud.



A pesar de los frecuentes choques entre Estados Unidos y los organismos de las Naciones Unidas, el sistema de gobernanza política mundial creado luego de la segunda guerra continúa dependiendo del liderazgo norteamericano: hasta el inicio de la actual administración -con la permanente oposición del ala dura de los republicanos- aportaban el 25 % del financiamiento de los organismos internacionales mundiales y el 50 % de los organismos panamericanos.

Sin ese predominio y sin ese soporte solo cabe anunciar una verdadera crisis del sistema internacional que puede devenir en un nuevo Leviatán basado en los países que salgan mejor parados de la pandemia (¿China?, ¿Rusia?) o en lo que nunca ocurrió, una verdadera democracia en el orden mundial.

Se ensayan muchas conjeturas, pero al menos una cosa parece cierta: **esta pandemia va a trastocar necesariamente el orden internacional.** A su manera, Bill Gates lo expresa: *“he hablado con docenas de expertos sobre el COVID-19, y hay pruebas claras de que la enfermedad discrimina de diferentes maneras: mata más a los ancianos que a los jóvenes, más a los hombres que a las mujeres, y tiene un impacto desproporcionado sobre los pobres. Pero hay algo de lo que no he encontrado ninguna prueba, y es de que la enfermedad discrimine en función de la nacionalidad. Al virus le dan igual las fronteras.* (Bill Gates, El País 12/4/2020).



Se escuchan por estos días comentarios sobre que estamos enfrentando una crisis sin precedentes, lo que en parte es cierto para las generaciones más jóvenes y menos cierto para aquellas que han llegado a vivir otras pandemias asustadoras como la de poliomielitis en la década de los 50's.

*Sin ese predominio y sin ese soporte solo cabe anunciar una verdadera crisis del sistema internacional que puede devenir en un nuevo Leviatán basado en los países que salgan mejor parados de la pandemia (¿China?, ¿Rusia?) o en lo que nunca ocurrió, una verdadera democracia en el orden mundial.*

La humanidad ha acumulado muchos aprendizajes. Cuando hoy apelamos al cierre de fronteras nos remitimos a estrategias sanitarias de la Europa del siglo XIV y cuando aplicamos las cuarentenas echamos mano a una herramienta fundante de la salud internacional ya utilizada por la ciudad puerto de Venecia en el siglo XV. Sin embargo, algunos siglos después, quedaría expresamente de manifiesto por parte de los mercantilistas la verdadera contradicción abriendo una “grieta” en el pensamiento sanitario, ahora entre “miasmáticos” y “contagionistas” un debate teórico, científico, económico y geopolítico que se actualiza en la contradicción salud pública vs. mercado. Por cinco siglos las presiones, argumentos y demandas de los comerciantes y sus voceros se han reiterado como una letanía.

A la inversa de lo que se cree, el reglamento sanitario internacional y los centenarios organismos internacionales de salud no tenían como objetivo fundamental proteger la salud de la población, sino -tal como reza aun en su histórico preámbulo- proteger al libre comercio de las medidas “exageradas” de la salud pública.



El coronavirus SARS CoV-2 -como ya todos sabemos- hizo literalmente un salto de especie, lo que fue detectado a fines del año 2019. Aunque se mantiene la polémica sobre el hospedero habitual de este virus, hay certezas, al momento, que el hecho ocurrió en un mercado de la ciudad de Wuhan, en donde habitualmente -como en muchos lugares del mundo- se comercializaban animales vivos para consumo alimentario.

*La velocidad de contagio obligó al gobierno chino a tomar medidas drásticas: a comienzos del mes de enero dispuso cuarentenar a 45 millones de personas, una decisión sin precedentes en la historia sanitaria mundial y que pocos países podrían aplicar y sostener con eficacia.*

Cuando uno mira la curva de crecimiento de la población mundial y ve la forma como los seres humanos hemos avanzado sobre la naturaleza y sobre los diversos ecosistemas, se explica que hayamos roto, una vez más, la barrera entre especies. Los microorganismos la saltan porque es cuestión de su propia supervivencia. En este caso, un virus nuevo en circulación se encuentra con una población gigantesca sin ninguna inmunidad o defensa, así que definitivamente el coronavirus es la consecuencia de la economía mundo.

La velocidad de contagio obligó a un Estado como el de la República Popular China, ya de por sí omnipresente, a tomar medidas que llamaron inicialmente la atención mundial, más incluso que la propia enfermedad; y es que a comienzos del mes de enero el gobierno chino dispuso cuarentenar a 45 millones de personas, una decisión sin precedentes en la historia sanitaria mundial y que pocos países podrían aplicar y sostener con eficacia.

La esperanza que este virus hubiera quedado confinado a un territorio, a un país específico, fue desde el principio una quimera, pero probablemente fue

esa falsa sensación de seguridad la que operó en contra, explicando porque en un plazo relativamente breve ya estaba circulando en Corea del Sur y sorprendentemente en el norte rico y desarrollado de Italia.

*La enfermedad adquirió proporciones dantescas, subiendo su letalidad de un 3 % en China a más del 10 % promedio en Italia.*

Tal vez por las características de alta mutación de los Arenavirus en general o por la gran longevidad de la población europea la enfermedad adquirió proporciones dantescas, subiendo su letalidad de un 3 % en China a más del 10 % promedio en Italia. Claro que la información desde China ya advertía que en mayores de 65 años la letalidad era superior y por encima de los 80 años alcanzaba hasta un 14%.

En América del Sur la respuesta fue muy dispar, pero a grandes rasgos se observa una fuerte tendencia al cierre de fronteras, a la interrupción de los vuelos comerciales domésticos e internacionales y diversas medidas de los gobiernos nacionales o subnacionales con diferentes grados de aplicación de cuarentenas y con resultados dispares.



Fotocomposición: Anton Petrus / Getty Images



Además del dramático caso de Brasil, que en tiempo récord se sumó a los países más afectados del planeta), el Ecuador y en particular la provincia del Guayas y la ciudad de Guayaquil representan los mejores ejemplos de lo que ocurre cuando no se respeta el potencial de contagio de este virus y un abrupto número de casos hace colapsar los debilitados servicios de salud.

*América Latina se encuentra frente a una nueva oportunidad si comprende el dramático giro geopolítico que se viene y deja atrás la reciente sobreactuación de alineamiento con Estados Unidos.*

En Argentina, beneficiada inesperadamente por una medida económica, el llamado dólar solidario, se redujo considerablemente el número de turistas que viajaron al extranjero comparado con años anteriores y frente a las noticias internacionales tomó un camino distinto, aplicando medidas precoces de aislamiento de viajeros, de cierre de fronteras y decretando una estricta cuarentena apenas se verificó la primera circulación comunitaria del virus. Los resultados, incluso comparando con países vecinos, resultan muy alentadores, pero no dejan margen para equivocarse.

América Latina se encuentra frente a una nueva oportunidad si comprende el dramático giro geopolítico que se viene y deja atrás la reciente sobreactuación de alineamiento con Estados Unidos. El mensaje del presidente argentino al grupo de Puebla, del 10 de abril, respaldado en la coherencia de su propia política y en la forma en la que ha asumido personalmente la conducción de la política sanitaria, ha sido más que explícito: “entre la economía y la salud elegí la salud. Una economía que cae un 11 por ciento se puede volver a levantar. Un hombre o una mujer que muere no”.

\* Médico pediatra y sanitarista. Dirige la Maestría en Salud Pública de la UNR. Es también el coordinador general de ALAMES.



Fotografía: Prensa Ministerio de Salud PBA

# Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia

*Pese a que las miradas se posan en los hospitales, el primer nivel de atención tiene un papel central en las políticas de cuidado en cada territorio. Se avizora la necesidad de un nuevo pacto entre el Estado y la ciudadanía en el que la salud estatal se volverá indiscutible y los controles sobre el sector privado cada vez más rigurosos.*

■ Por Yamila Comes\*

No voy a abordar directamente el tema de la pandemia. La información es mucha y en esta era global está disponible casi desde que se gestan las ideas. Es la primera vez en años que muchos de los que nos dedicamos a la salud pública no sabemos por dónde empezar a escribir porque ya está casi todo dicho. Nuestro compromiso profesional no nos permite plagiar y la exigencia personal



nos dice que si no hay nada nuevo no se puede escribir. Ya se dijo bastante sobre las curvas y los picos, sobre las cuarentenas y las salidas posibles, sobre indicadores sensibles, sobre el dilema uso/no uso de barbijos y sobre el manejo epidemiológico de la situación. Todos somos expertos en disponibilidad de camas de hospital y respiradores, en Argentina y en el mundo.

También hemos reflexionado en todos estos días sobre el papel del Estado frente al mercado y sobre las dicotomías entre capitalismo y socialismo. Ante cada dicotomía algunos plantean integración: integración de lo mejor del socialismo en el capitalismo o lo mejor del capitalismo en el socialismo; integración entre salud y economía; sin salud no hay economía que crezca y sin economía fuerte la salud se debilita o queda en manos del mercado, es decir, se debilita para la mayoría.

Afirmando las reflexiones en el nuevo escenario local, podemos percibir que toda nueva pandemia es política aunque no siempre tiene la gobernabilidad deseada. En ella existen componentes biológicos, ecológicos, económico-sociales y otros basados en las respuestas de los sistemas de salud ante tal situación. Todos estos subsumidos a las reglas de la política que fueron delineando los Estados y sistemas de salud en los últimos años.



*Podemos percibir que toda nueva pandemia es política, aunque no siempre tiene la gobernabilidad deseada.*

El componente biológico sería el nuevo viejo virus mutado que, ante la situación ecológica que estamos viviendo, se cruza con reservorios que en otra época compartían nichos ecológicos diferentes. Similar situación que con la peste bubónica en Europa del medioevo. La convivencia entre ratones y humanos sin estrategias de higiene pública fue el cóctel letal para la propagación de la enfermedad. **No podemos pensar lo biológico por fuera de la acción humana y toda acción tiene un sentido, ya nos lo decía Max Weber.**



El componente ecológico, también dentro de la acción política, tiene que ver con las condiciones de vida y culturales que hacen que los animales y las personas compartan un mismo nicho. La experiencia indica que las últimas epidemias están asociadas a la industrialización de la cría de animales comestibles por los humanos y no podemos descartar ni afirmar que este no sea el inicio.

**Podemos decir que lo personal es político y que cada uno de los nodos causales que nos llevaron a que hoy estemos afrontando una crisis mundial tuvieron puntos de decisión anteriores.**

El componente económico social y cultural tiene que ver con que la propagación de la enfermedad es un reflejo de la vida en sociedad y de la situación económica de los países que afrontan la pandemia.

Podemos decir que lo personal es político y que cada uno de los nodos causales que nos llevaron a que hoy estemos afrontando una crisis mundial tuvieron puntos de decisión anteriores. El resultado es este escenario.

Estamos ante el hecho de pensar qué hacer con este nuevo contexto emergente, tanto al nivel de la salud como al nivel del concepto de ciudadanía y la relación entre Estado y sociedad.

**Que exista Ministerio de Salud y que los sistemas de salud sean públicos, universales y gratuitos debería ser, a esta altura y mirando las circunstancias, una obviedad. ¿Qué hubiéramos hecho con el modelo de canasta básica? ¿Cuántas muertes causaría negar cobertura de terapia intensiva a toda la población que lo necesite? ¿Y si hubiera copagos? ¿Y si los hospitales públicos tuvieran gestión privada? ¿Y si nos sorprendía sin ministerio?**



Para las políticas de salud en el mundo debemos pensar un nuevo pacto. Una nueva/vieja forma de hacer funcionar los sistemas de salud. Asistimos al hecho mundial de que se pueden comprar insumos y tecnología cuando hay emergencia y, a partir de ahora, lo emergente debería orientar el escenario cotidiano de trabajo. Ya sabemos que estamos expuestos a esta y a muchas otras posibles crisis planetarias. Hoy es una pandemia, mañana puede ser una catástrofe ecológica.

*Para las políticas de salud en el mundo debemos pensar un nuevo pacto. Una nueva/vieja forma de hacer funcionar los sistemas de salud.*

Lo emergente nos marca el camino de nuevas reformas pero debemos integrar en este concepto las emergencias previas. La gente sigue enfermando por otras causas y debe cuidar su salud más allá del virus. Necesitamos insumos y tecnologías para atender el perfil epidemiológico que supimos construir integrando las gripes y neumonías atípicas que nos trae el nuevo panorama global.

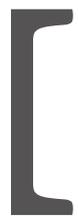
Para eso se hace tan necesaria la atención primaria como la hospitalaria y no debemos mirar una sin la otra. Pensar en servicios coordinados desde el primer nivel, en referencia y contrarreferencia, en resolutiveidad, en una planificación a mediano plazo con instrumentos adecuados para llevarla adelante y una programación detallada que determine el funcionamiento pero que deje lugar para nuevos escenarios. Enfrentar el desafío de las distintas fuentes de financiamiento para pensar, con esas posibilidades, en la coordinación de cuidados, la integralidad, la longitudinalidad y la equidad en el país, la región y el mundo.

El primer nivel de atención sigue siendo más necesario que nunca, ya que da cuenta de un cuidado en el territorio que no se consigue fortaleciendo hospitales.



Pensar que sin hospitales con un margen de seguridad en la disponibilidad de tecnologías no podremos afrontar ninguna otra emergencia. Sin fuerza de trabajo en cantidad y capacitados no tendremos servicios con tecnología disponible para ser usada.

Debemos pensar en un nuevo pacto entre Estado y ciudadanos donde más que aplaudir a los trabajadores de la salud, se los cuide en número y calidad para que puedan trabajar en condiciones saludables. La ciudadanía tiene que tener conciencia de este nuevo escenario y ejercer el control de las políticas que se lleven adelante. Eso implica saber que nadie más puede ir en contra de la salud pública/estatal.



*El primer nivel de atención sigue siendo más necesario que nunca, ya que da cuenta de un cuidado en el territorio que no se consigue fortaleciendo hospitales.*

Pensar en un modelo donde se valore la gobernanza, la intervención del Estado en la vida de las personas, en tanto sin ella los efectos pueden ser devastadores. Lo podemos apreciar en el caso brasileño: las peleas entre el presidente y su ministro de salud dieron lugar a que cada uno haga lo que le parezca, dejando al país sin conducción alguna.

En este nuevo pacto debería haber una reflexión sobre las nuevas formas de vincularnos entre países, tendiendo siempre al cuidado y la cooperación internacional. El bloqueo económico a países como Cuba y Venezuela y las guerras diseminadas por EE.UU empobrecen a la gran mayoría de la población y aceleran catástrofes ecológicas en todo el planeta.

Es posible que sea el momento de un análisis crítico de la operatividad del Reglamento Sanitario Internacional que ya está a pocos años de cumplir la mayoría de edad.



Pensar que cuidarse uno es cuidar al otro y que no existe meritocracia que no toque el espacio ajeno ni que se haya construido sobre el esfuerzo de un otro, que puede ser un Estado que abrió oportunidades o una red social/familiar que cobijó en el momento necesario.

Pensar en que la industria farmacéutica debe ser controlada. Todos estamos deseando que los tratamientos posibles contra esta pandemia sean en base a medicamentos sin patentes, ya que si surge un medicamento nuevo, eso aumentará desorbitadamente los costos del Estado en materia de salud. ¿Y la nueva vacuna? ¿Cuánto la piensan cobrar si el “mercado” la está demandando imperiosamente?

**[** *Es posible que sea el momento de un análisis crítico de la operatividad del Reglamento Sanitario Internacional que ya está a pocos años de cumplir la mayoría de edad.*

Pensar en maneras de articulación y control del sector privado. Vimos en las noticias que estarían a disposición de las necesidades del país y al día siguiente dieron marcha atrás. Los hospitales privados no pueden estar ociosos si mueren personas por falta de camas hospitalarias en los servicios estatales. Se debe llegar a una negociación para que esto no suceda más.

Pensar que sin un crecimiento del sector salud, el país no avanza y que sin país que cuide a las personas nunca tendremos salud.

**Llegó la hora de trabajar en la emergencia (con los desafíos que emergen) cuando acabe la emergencia.**

\* Psicóloga, magíster en Salud Pública y Doctora en Psicología.



# Epidemiología, pandemia de coronavirus y muertes innecesarias

*Las respuestas de las dos principales potencias económicas, China y Estados Unidos, y de dos grandes países sudamericanos, Argentina y Brasil, son completamente diferentes al igual que los resultados obtenidos. La mortalidad es el pertinente más indicado para compararlos.*

■ Por José Carlos Escudero\*

El coronavirus se ha difundido por todo el planeta. Para los epidemiólogos es un “experimento natural”. A diferencia de “experimentos epidemiológicos” que en general involucran a pequeños números de personas, para medir la eficacia de vacunas, medicamentos e intervenciones locales en el terreno,



que son planificados, desarrollados y analizados por la inferencia estadística en estudios de caso-control, con el coronavirus estamos ante un escenario planetario, generado por un hecho de la naturaleza. Como un tsunami o un aerolito que ataca a los aproximadamente 7000 millones de habitantes del mundo... y cuyas causas y consecuencias van a ser seguramente analizadas por todas las ciencias, desde la psicología individual y colectiva hasta el más acotado y cuantificable dato de las “ciencias duras”.

Creo que debe analizarse prioritariamente una faceta de lo que se viene: la forma en que están respondiendo los Estados al coronavirus, estudiando las diferentes políticas aplicadas, lecciones que en algunos casos habíamos olvidado en los más de cien años que mediaron entre la terrible pandemia del año 1918 y nuestro presente. Una forma actual de medición de resultados es cuantificar un ejemplo máximo de fracaso de la salud colectiva y de las sociedades donde está inserta: **debemos contar las muertes que ocurrieron y que no hubieran ocurrido si las decisiones políticas de las naciones hubieran sido otras.** Para esta medición elijamos este indicador numérico, ya que su alternativa – el número de “infectados”-, por su dispar definición operativa entre países y por las muy importantes diferencias en el porcentaje de población testada entre ellos, convierte a sus cifras en indicadores menos confiables.

*Creo que debe analizarse prioritariamente una faceta de lo que se viene: la forma en que están respondiendo los Estados al coronavirus, estudiando las diferentes políticas aplicadas, lecciones que en algunos casos habíamos olvidado en los más de cien años que mediaron entre la terrible pandemia del año 1918 y nuestro presente.*

La mortalidad tiene una definición operativa rotunda e indiscutible, y su contabilización definitiva está a cargo de las estadísticas vitales de los diferentes



países. Esta medición a través de la mortalidad se puede hacer ahora mucho más fácilmente que en 1918. **El número de muertes por la pandemia en las estimaciones de máxima – si no hacemos nada - son terribles.**

Asumiendo una letalidad del 1% de los casos, y que los humanos afectados serían el 50% de la población – hipótesis “de rango medio”; con 3500 millones de afectados la mortalidad adicional a la regular y permanente sería de 35 millones de personas. Para hacer una comparación, en Argentina mueren por año aproximadamente 250.000 personas.

Como tarea inicial, coyunturalmente atractiva, sugiero estudiar dos duplas de países: Estados Unidos (EE.UU.) y China, por un lado, y Brasil y Argentina, por otro.

**[** *En China, un país de 1400 millones de personas, hoy ya no hay casos domésticos. Mientras tanto, en Estados Unidos, la curva de aumento de enfermos es más escarpada que las que mostraron Italia y España en su peor momento.*

EE.UU. y China son las dos mayores potencias económicas del mundo, y sus diferencias de sistema político son extremas. EE.UU., democracia neoliberal, coloca a la acumulación de capital al centro de sus prioridades estratégicas, y usa a su poder militar – lejos, sin rival en el mundo- como disciplinador de países que, de una forma u otra, considera rebeldes. En su menú, la invasión física es su opción de máxima, ocupando un lugar menor los bombardeos, los bloqueos, los sabotajes y las desestabilizaciones. Trump corporiza, hasta la caricatura, esta posición.

Por otro lado, China tiene la acumulación de capital en su estructura económica, pero su macroestrategia nacional tiene otros objetivos como la



disminución de la desigualdad en la riqueza de sus ciudadanos. En las últimas dos décadas 400 millones de chinos han dejado de ser pobres, mientras que la desigualdad económica estadounidense sigue creciendo hasta niveles que no se veían desde hace medio siglo.

Además, China no invade ni bombardea a otros países. Ante la aparición del coronavirus en una ciudad muy importante de una provincia de China, se implementó una cuarentena severísima, correcta y casi única respuesta ante un virus nuevo, para el cual no hay vacuna ni tratamiento eficaz, y hacia la zona afectada fluyeron masivos recursos de todo el país. Hoy ya no hay casos domésticos en un país de 1400 millones de personas. En Estados Unidos, el día de hoy, la curva de aumento de enfermos es más escarpada que las que mostraron Italia y España en su peor momento. El alcalde de la ciudad de Nueva York denunció hace pocos días que su ciudad -de paso, capital financiera del planeta- tiene la mitad de los respiradores que necesita.

*Vivimos tiempos terribles, y quizás a más largo plazo esperanzadores, si el capitalismo financiero, con sus burbujas especulativas que estallan y su daño ecológico, es reemplazado por otras formas de organización social.*

El estudio de la diferencia entre las políticas argentinas y brasileñas el día de hoy tiene facetas surrealistas debido a las declaraciones de su presidente Bolsonaro quien, a diferencia de la abrumadora mayoría de los 200 jefes de Estado del mundo, se opone a todo aislamiento. Es probable que esto cambie, pero no sucederá inmediatamente, y en el país hay una fuerte corriente intelectual fundamentalista cristiana que ve a la enfermedad como un castigo divino.

El sistema de salud brasileño es más débil que el argentino, con un acceso con más requerimientos mercantiles, y la población brasileña es en conjunto,



más pobre. El monitoreo de muertes, a diferencia de casos nuevos, va a ser el dato extremo más fidedigno que revelará la tendencia de la epidemia.

*Contabilicemos las muertes que podrían no haber sucedido, las “muertes evitables” si hubiéramos siempre tomado las medidas que protegen a la salud y a la vida, y no las que protegen a la lógica empresarial.*

Argentina eligió desde el comienzo la estrategia de cuarentena domiciliaria, que fue profundizando. Volviendo a Brasil, reflexionemos que su presidente, al definir el deseo de que el país “no se detenga” está, con su estilo burdo, no lejos de otros jefes de Estado neoliberales (Trump, Boris Johnson), y que en Argentina esta línea es muy fuerte entre el empresariado y los sojeros, aunque, por ahora, hace poco ruido. Se ven reflejos suaves de esto en los medios hegemónicos: Clarín, La Nación, Perfil, la Prensa Económica y el ejército de mercenarios neoliberales en la TV comercial.

Vivimos tiempos terribles, y quizás a más largo plazo esperanzadores, si el capitalismo financiero, con sus burbujas especulativas que estallan y su daño ecológico, es reemplazado por otras formas de organización social. Mientras tanto, contabilicemos las muertes que podrían no haber sucedido, las “muertes evitables” si, con respecto al coronavirus, hubiéramos siempre tomado las medidas que protegen a la salud y a la vida, y no las que protegen a la lógica empresarial. Y a los argentinos, que estamos justificadamente orgullosos de las medidas que nuestro gobierno ha tomado con respecto a la pandemia, recordemos que también son “muertes evitables” la mitad de nuestras muertes de niños menores de un año, si usamos como comparación los niveles de mortalidad infantil de la isla de Cuba.

\* Profesor Emérito y Consulto de la Universidad Nacional de Luján. Profesor Consulto de la Universidad Nacional de La Plata.



Fotografía: Aylén Galiotti

# Sanitarismo feminista y políticas de cuidado

*Argentina adoptó tempranamente medidas preventivas centradas en el cuidado de la población. Esa lógica que, mediante sus luchas, han logrado instalar los feminismos en Argentina caracteriza un modo diferente de enfrentar la pandemia.*

■ Por Débora Tajer\*

Hay muchos aspectos de cómo se está gestionando la pandemia en Argentina que tienen las marcas de la “ola verde”, fundamentalmente en lo que refiere a la aplicación de una lógica de cuidados, uno de los temas más afines a la agenda feminista. En ese sentido lo primero a destacar es la decisión de valorar más las vidas que la economía, haber establecido una estrategia de cuidados preventivos sin haber llegado a los picos de contagios.



Otra medida ligada a la lógica de los cuidados es haber definido tempranamente que en todos los hogares donde hay niños y dos cuidadorxs del mercado formal de trabajo, unx de lxs dos se quede a cuidar. También es una estrategia radical de género y clase que las empleadas domésticas no vayan a trabajar y se les pague. En el 2009 la epidemia del H1N1 llegó del mismo modo que la COVID-19, por “vía aérea” desde los sectores que tienen acceso a los viajes, y pasó a los sectores populares a partir de las empleadas domésticas. Parte de la baja circulación actual comunitaria y la aún baja incidencia en sectores populares del brote actual tiene gran base en esta estrategia de anticipación.

*Parte del retraso en las acciones eficaces con respecto a la violencia de género es su multicausalidad y su abordaje intersectorial mucho más complejo, aunque parezca mentira, que la respuesta a una pandemia viral.*

Es cierto que uno de los déficits es no haberse percatado lo suficiente de que *#quedateencasa* puede ser un infierno para a las mujeres y niños víctimas de violencia machista. Pero considero que, al mismo tiempo que hay que encender las luces rojas con respecto a este flagelo que hasta el momento ha producido más muertes de mujeres que la COVID-19, hay que valorar qué aspectos de la agenda feminista han sido tomados en cuenta.

Parte del retraso en las acciones eficaces con respecto a la violencia de género es su multicausalidad y su abordaje intersectorial mucho más complejo, aunque parezca mentira, que la respuesta a una pandemia viral. Y a eso le sumamos que nuestro Estado había retrocedido varios casilleros en la gestión anterior con respecto a los avances en el tema. Entiendo que una manera de solucionar este problema es sumar al grupo de asesores a sanitaristas especializados en violencia de género, además de incorporar al



recientemente creado Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad a las decisiones gubernamentales intersectoriales junto al Ministerio de Salud.

No tenemos experiencia histórica de una pandemia de estas características. Hemos pasado por epidemias como el H1N1 en 2009, atravesamos desde el avance del cambio climático la endemia de dengue pero ninguna experiencia aún con la virulencia ni la peligrosidad de este coronavirus frente al cual la única estrategia que tenemos es la del aislamiento, que es precisamente la que aumenta la violencia de género.

Pero insisto en que, a la vez que señalamos la importancia del problema y su urgencia, conviene que entendamos que la agenda sanitaria feminista tiene otros aspectos, de los cuales algunos sí han sido incluidos, lo cual constituye una excelente novedad.

A muchos sectores se les dificulta plantear sus demandas en un momento en el cual hay preeminencia del discurso sanitario. Pero es lógico que la escena esté capturada por la lógica sanitaria. **Quizás no se sepa que esto produce también tensiones a nivel del campo de salud: se ha suspendido la atención preventiva de problemas diversos de salud, incluso de población de riesgo como pacientes cardiovasculares u oncológicos que no presenten una urgencia.** También en esto tendremos nuevos problemas cuando por fin salgamos de la pandemia. Las instituciones de salud también han pasado de ser “lugares seguros” a ser lugares en los cuales estamos en riesgo por el contagio del virus. Por eso, es importante tomar decisiones escuchando todas las voces y teniendo en cuenta todos los pros y contras.

Otro aspecto es que el discurso de lo sanitario que recibimos proviene de los medios, lo que se acentúa en tiempos de aislamiento, cuando ellos son la principal fuente de información. **En ese sentido, tenemos un déficit que arrastramos desde antes de la pandemia: los medios poseen un imaginario de salud muy tradicional y médico hegemónico pues el discurso sanitario progresista y feminista aun no los ha permeado.** También es cierto que esta pandemia encuentra a los feminismos en



Argentina sin haber terminado de elaborar una propuesta integral de salud en general y de epidemiología en particular.

*Tenemos aún pendiente la articulación más amplia de la salud con el feminismo, un discurso propositivo que no sea solamente anti modelo médico hegemónico.*

He trabajado muchos años en esos temas. He hecho mi tesis de doctorado en enfermedad cardiovascular con perspectiva de género hace diez años, tanto en la conformación desigual de la vulnerabilidad como en los modelos de atención. He dado clases de políticas en salud con perspectiva de género, luego trabajado junto a mi equipo en temas de atención primaria de la salud y más, recientemente, niñez, adolescencias y masculinidades adolescentes con perspectiva de género en salud. Desde esa experiencia, considero que tenemos aún pendiente la articulación más amplia de la salud con el feminismo, un discurso propositivo que no sea solamente anti modelo médico hegemónico. He aquí una oportunidad para elaborar una propuesta de agenda de salud con perspectiva de género. La coyuntura lo amerita.

Creo que *#quedateencasa* es una excelente idea. Insisto, es una estrategia sanitaria de cuidado. Hay estrategias sanitarias en otros países que son terribles, es el contagio en manada, donde solamente, por ejemplo, cuidan a los grupos de mayor riesgo y todos los demás no son contemplados. Hay países donde lo importante es la economía y también países con mucha más economía informal que la nuestra. Quedarse en casa antes de que haya tantos enfermxxs fue una estrategia maravillosa e insisto, desde una lógica del cuidado, que también el feminismo tiene que tomar como propia. Yo creo que el feminismo tiene que apropiarse del discurso de los cuidados y visibilizarlo desde su perspectiva.



También es cierto que el derecho a aislarse en condiciones de seguridad no es homogéneo. Le resulta más fácil a quienes tienen un trabajo en blanco, algunos ahorros o no ejercen una profesión esencial, por ejemplo. **Por otro lado hay gente a la que se le dificulta más #quedarseencasa y no por razones de carencia, sino por dificultad de parar, de cuidar y cuidarse.** Nótese que muchos de los casos donde ha habido confrontación por incumplimiento de las cuarentenas han sido varones, fundamentalmente de sectores sociales acomodados. También es más masculino el porcentaje aún de infectados en el país.

Por otra parte, me parece importante valorizar y visibilizar desde el feminismo sanitario a una de las “cerebras” detrás de la estrategia de epidemia: Carla Vizzotti, infectóloga y viceministra de salud, quien estuvo a cargo del programa de vacunación (entre 2007/2016) muy reconocido por la ampliación de cobertura. En una entrevista que le concedió a Eduardo Feinmann, le dijo: “yo estoy acá y para estar acá levanté una reunión con los curas villeros porque estamos haciendo una estrategia de aislamiento comunitario. Porque los sectores populares no se pueden aislar en la casa sino que se están aislando comunitariamente”. El Ministerio de Salud está acompañando y reconociendo a un sector de gente que hace la cuarentena en conjunto porque resuelve la reproducción social de manera conjunta. Esta práctica desde el Estado es muy cercana al feminismo y es interesante que se la pueda reivindicar. Son estrategias políticas de confrontación de la epidemia en un tiempo donde la ola verde dejó sus marcas y elevó el piso desde donde se hacen algunas acciones. Yo invitaría a eso.

Al mismo tiempo que las casas se volvieron peligrosas para muchas mujeres, en otras está aconteciendo una nueva redistribución de las tareas domésticas. Nunca como hoy los varones están haciendo más tareas de la casa y haciéndose cargo de “los cuidados domésticos de la salud”, comprando la comida, limpiando los alimentos de acuerdo al protocolo sugerido por el gobierno, cocinando, cuidando a los niños, comprando remedios, solicitando turnos para vacunas, en un tiempo donde todo lleva más trabajo pues las medidas sanitarias han complicado las tareas de cuidados y de reproducción social. En lo personal, el año pasado tuve un problema serio de salud y me tocó atenderme con varias



médicas mujeres de instituciones reconocidas de especialidades “duras” y tecnológicas que me sorprendieron gratamente. Las mismas combinan un alto nivel de profesionalización con medicinas originarias, naturistas y alternativas desde un paradigma integrador que incluye una nueva forma de alimentación. Trabajan con gran sensibilidad, incorporando la lógica de cuidados con mirada crítica hacia la lógica medicalizante. Con lo cual, la actual feminización de la medicina está trayendo consigo un cambio muy interesante que vale la pena mapear y visibilizar. También vale ubicar en esta línea a la red de profesionales por el derecho a decidir que han viralizado su consigna #podescontarconmigo como un guiño de accesibilidad a los derechos (no) reproductivos en el sistema de salud. Quizás no son quienes salen en los medios porque todavía no son jefxs de servicio ni médicxs televisivxs. Aún faltan comunicadorxs en salud desde estos nuevos paradigmas: más mujeres y diversidades, más voces que sostengan un discurso sanitario comunitario y de derechos.

Ojalá cuando lleguemos a la otra orilla, en tiempos de paz, cuando pase la pandemia, podamos hablar más en profundidad de estos temas y ubicar genealogías, autorías y linajes.

Por último, quiero agregar algo acerca del debate de si el Estado ha adoptado un rol paterno o materno. **No concuerdo con la familiarización de las políticas públicas. Me parece que una lectura feminista implicaría salirse de la visión familiarista del amparo.** Con un Estado presente ocupando su lugar, el rol del feminismo es exigir que las mujeres cuiden pero que también sean cuidadas. Hay muchas feministas en el Estado que lo están haciendo, es bueno desde el movimiento reconocerlo y visibilizarlo. Pero también es importante no apostar todo al Estado y hacer movidas contra la violencia machista desde la sociedad civil. Exigir, hacer control social de gestión y acompañar. Desfamiliarizar los cuidados y su feminización y no confundir amparo con el paternalismo es parte del aporte del feminismo a cómo se está gestionando la pandemia desde el Estado y desde la sociedad civil.

\* Licenciada y Doctora en Psicología, UBA. Magister en Ciencias Sociales y Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO.



Fotografía: WHO/OMS

# COVID-19 y el foco en la agenda global

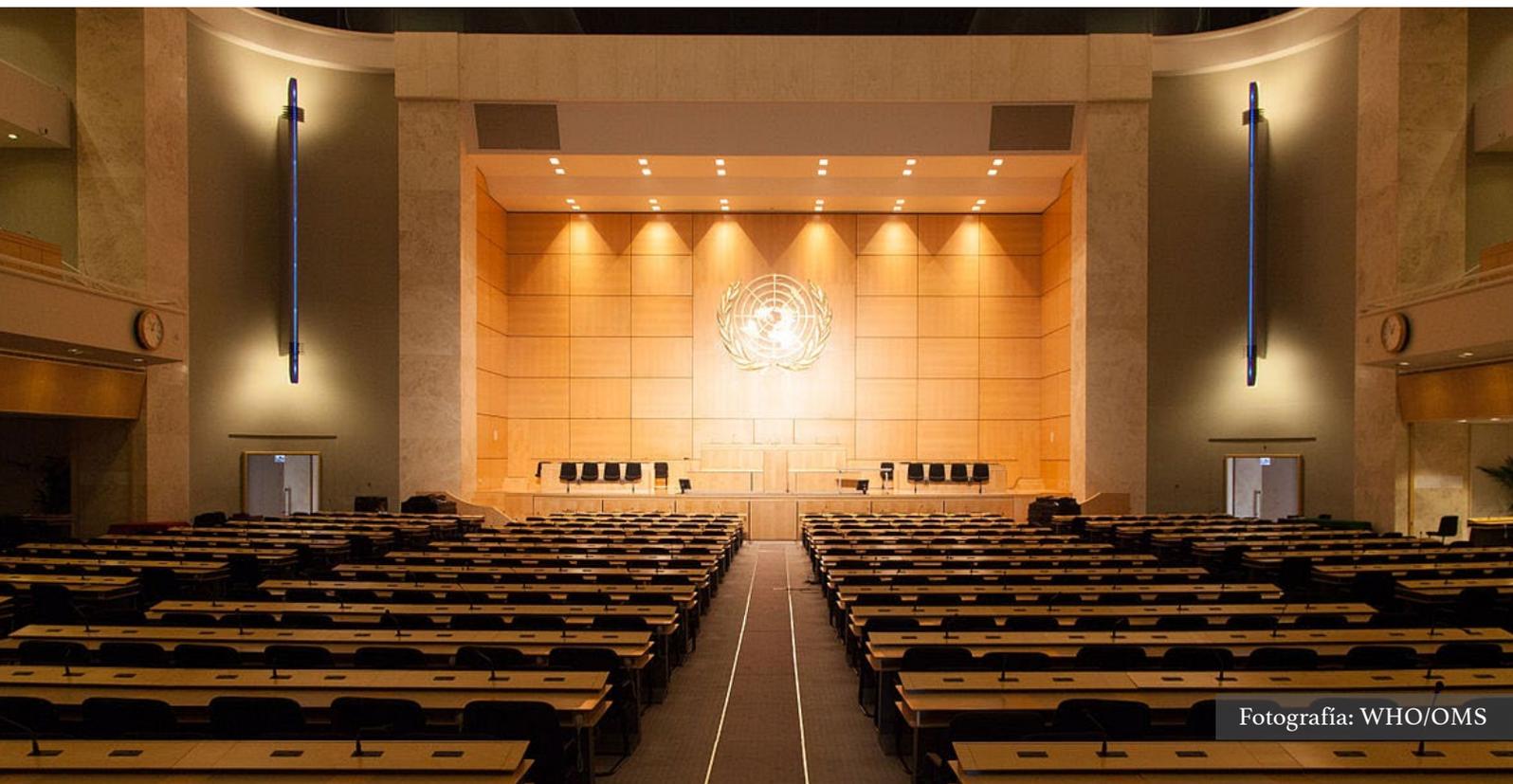
*La pandemia ha habilitado la discusión macroestructural sobre la salud. La crisis de organismos multilaterales se acentuó ante el nuevo escenario mundial. Algunos Estados aventuran respuestas erradas, otros se paralizan y están quienes toman decisiones oportunas. El escenario internacional habilita un nuevo orden posible.*

▪ Por Marcela Belardo y María Belén Herrero\*

La pandemia de COVID-19 ha sacudido al mundo y cada epidemia donde se perturba la vida social es una oportunidad para develar las condiciones estructurales, los valores sociales, la cultura, los miedos individuales y colectivos y las tensiones políticas y económicas. Actualmente existen dos debates de diferentes órdenes, pero entrelazados. Uno de carácter coyuntural, sobre qué hacer día a día y otro que pone en discusión las condiciones



estructurales de los países en donde se inscribe la actual epidemia. Esta nota trabaja la dimensión macroestructural que subyace a esta pandemia y que muestra no solo el impacto diferencial de la enfermedad en cada país – también en base a las diferentes decisiones que toman los gobiernos-, sino también los distintos actores en este escenario.



Fotografía: WHO/OMS

## La salud desde el nivel macroestructural

Las epidemias de antaño han sido minuciosamente estudiadas por los historiadores, y siguen una suerte de “patrón común”. Charles Rosenberg sostuvo que ellas aparecen como una “revelación progresiva” en donde las sociedades y, sobre todo, sus gobiernos son renuentes a reconocer la presencia de la enfermedad. Esa incipiente reacción dura un período, más o menos prolongado en el tiempo, hasta que la realidad se revela con toda su fuerza y la curva de infectados comienza a ascender y los muertos a acumularse, momento en donde se ponen en juego las respuestas decisivas y visibles de organismos internacionales, gobiernos y pueblos.



Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 30 de enero la emergencia sanitaria internacional, hemos visto tres tipos de actitudes y acciones de los gobiernos. Los que pregonan el “dejen pasar” como las administraciones de Donald Trump (EE.UU.), Boris Johnson (Inglaterra), y Jair Bolsonaro (Brasil), demostrando estar más preocupados por la parálisis económica y sus consecuencias; aquellos que implementaron medidas drásticas y rápidas como China, Corea del Sur, Argentina y El Salvador, y países que fueron aplicando progresivamente las medidas de aislamiento hasta tener que decretar la cuarentena total, como Italia y España, al mismo tiempo que se hacía evidente la progresión exponencial de la enfermedad.

*Más del 73% del financiamiento de la OMS depende de los fondos de donantes voluntarios (fuentes públicas y privadas). Esto implica no solo poca previsibilidad para sus operaciones sino -y sobre todo- una limitante en su margen de acción.*

La reacción de los gobiernos ante el COVID-19 es fundamental. Su rápida propagación está ocasionando los colapsos de los sistemas de salud. No obstante, ninguno de ellos está totalmente preparado para atender este tipo de epidemia y este es el principal problema que enfrentan los países ante este nuevo virus. Las condiciones estructurales de los sistemas sanitarios juegan hoy un papel central y, en este escenario, las secuelas que han dejado las políticas neoliberales de ajuste al gasto público, implementadas desde la década de 1980, se hacen mucho más visibles. La privatización de la salud a gran escala es un proceso de larga data, sobre todo en América Latina, y las consecuencias de la pandemia son el reflejo de este proceso. Actores como el Banco Mundial han tenido un rol protagónico en estos procesos de reforma, como también muchas de las más influyentes instituciones filantrópicas que hoy manifiestan preocupación en torno al abordaje de la pandemia. Aquí tampoco podemos desconocer que



la OMS, en diversas ocasiones, ha mirado para otro lado, y no solo eso, sino que ese mismo organismo internacional -en connivencia con gran parte de los gobiernos que lo componen- ha permitido que grandes temas de la agenda de la salud a escala mundial estén definidos por las empresas farmacéuticas y ciertas fundaciones filantrópicas, como la del multimillonario Bill y Melinda Gates, que es el segundo aportante del organismo (13,5%), después de los EE.UU. (14,7%). Un dato a tener en cuenta es que más del 73% del financiamiento de la OMS depende de los fondos de donantes voluntarios (fuentes públicas y privadas), y el resto corresponde a la cuota obligatoria de los países que la componen. Esto implica no solo poca previsibilidad para sus operaciones sino -y sobre todo- una limitante en su margen de acción, ya que la mayoría de las contribuciones vienen asignadas a fines específicos, es decir, que invierten en programas definidos por los mismos donantes. A esto se le suma que, desde los '90, los préstamos del Banco Mundial para el sector salud sobrepasaron el presupuesto total de la OMS. Esta situación no solo ha condicionado el accionar de este organismo, sino que también ha limitado el margen de acción de la mayoría de los países en lo que concierne a la salud en el escenario internacional, a la vez que ha dejado a las poblaciones a merced de sistemas de salud fragmentados y débiles, con limitada o nula capacidad de respuesta ante emergencias.

*Desde hace varios años la OMS está inmersa en una crisis financiera que deslegitima los mecanismos de decisión y debilita aún más su credibilidad. La creciente influencia de fondos filantrópicos es parte de esa erosión.*

Hasta la década de 1960, la OMS era el líder indiscutible a nivel internacional. Su legitimidad estaba vinculada a la construcción de un paradigma teórico y conceptual basado en la autoridad científica y profesional, especialmente médica, que guiaba prácticas y estrategias con el objetivo de atender los problemas de salud en todo el mundo. Sin embargo, desde hace varios años la OMS está inmersa en una crisis financiera que deslegitima los mecanismos



de decisión y debilita aún más su credibilidad. La creciente influencia de fondos filantrópicos es parte de esa erosión.



Esta pandemia nos ha mostrado la necesidad de reflexionar en torno al rol de este organismo, pero para ello es preciso reflexionar los mecanismos a través de los cuáles se construye la agenda global, quiénes toman las decisiones y en base a qué parámetros. De hecho, el escenario actual ha puesto en evidencia la poca o nula capacidad de injerencia sobre la toma de decisiones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005, una de las pocas instancias supranacionales en salud y de la que forman parte 196 países del mundo. El RSI busca “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”, sin embargo desde el inicio de COVID-19, cada país ha tomado sus propias decisiones,



mostrando la ausencia de una instancia global de coordinación que pudiera orientar de manera conjunta y coordinada las medidas en materia de salud.

*La salud no es un concepto estático ni a-histórico, sino que es producto de un proceso complejo de determinación social, es decir, múltiples condiciones influyen en el estado de salud de las poblaciones.*

## Las epidemias son una cuestión política y de asunto internacional

La crisis actual vuelve a poner en la agenda política, una vez más, a la salud como asunto internacional, y esto incluye un largo proceso de avances y retrocesos, de conflictos y disputas por el poder que podemos ver hoy en día y que permiten explicar el devenir de la pandemia y el impacto sobre los sistemas de salud.

Se devela una vez más que la salud no es un concepto estático ni a-histórico, sino que es producto de un proceso complejo de determinación social, es decir, múltiples condiciones influyen en el estado de salud de las poblaciones, y que van desde el nivel macroestructural -como las políticas internacionales, regionales y nacionales, las características sociodemográficas de una población, la situación económica, ambiental, social y la estructura de los servicios de salud- hasta el nivel de la salud individual.

Esta pandemia coloca en el debate la política que asumen los Estados ante la salud, si la entienden como un derecho humano universal o una mercancía, la importancia de los sistemas universales de salud públicos, gratuitos garantizados por el Estado y del acceso a diagnósticos oportunos y tratamientos efectivos –y no en función de la capacidad de pago de cada persona-. También pone sobre la mesa la importancia de reflexionar los determinantes estructurales de la salud, rediscutir su agenda internacional en base a las necesidades de los



pueblos y las capacidades de los países y de la imperiosa cooperación entre los países como política epidemiológica. Estos temas son la piedra angular para hacer frente tanto al COVID-19, como también para abordar los problemas acuciantes que aún persisten y siguen padeciendo nuestros pueblos.

*Esta pandemia pone sobre la mesa la importancia de discutir la agenda sanitaria internacional en base a las necesidades de los pueblos y las capacidades de los países y de la imperiosa cooperación entre los países como política epidemiológica.*

Esta situación ilumina dos cuestiones más. La primera es que, en el escenario internacional, la salud global es un conglomerado de actores que las más de las veces lucran con la salud de las poblaciones del mundo, y frecuentemente actúan contrariamente a sus necesidades reales. La segunda lección es que la salud debe ser necesariamente pública, universal y el Estado su principal garante.

En definitiva, la pandemia de COVID-19 nos interpela en dos sentidos, ya que nos hace poner todos los esfuerzos políticos, económicos, científicos y sociales para hacer frente a esta nueva enfermedad y minimizar lo más posible las muertes, el impacto social y económico, y también nos invita a aprovechar esta oportunidad visibilizar los cambios estructurales que necesitan hacerse: los sistemas de salud, los temas prioritarios en la agenda internacional de la salud y los intereses económicos que predominan por sobre el derecho universal a la salud.

\* María Belén Herrero es Socióloga y Doctora en Ciencia Sociales (UBA). Especialista en Epidemiología (UNC). Marcela Belardo es Licenciada en Ciencia Política y Doctora en Ciencias Sociales (UBA) y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA).



Fotografía: Jose Nicolini

# El trabajo y la salud en tiempos de pandemia

*La coyuntura actual acelera la crisis del sistema de reproducción dominante y expone los intereses en disputa de los trabajadores por un lado y el capital por el otro. La tarea es construir un nuevo modo de relacionarse que interrumpa la multiplicación de la miseria y destrucción del medioambiente.*

■ Por Jorge Kohen\*

El virus SARS-CoV-2 es invisible, pero puso al descubierto la trama social, productiva e ideológica que subyace bajo la cantidad de infectados, recuperados y muertos que se contabilizan diariamente desde que comenzó la pandemia. El mapa mundial hace visible al virus y muestra la evolución minuto a minuto que va teniendo la expansión de la enfermedad.<sup>1</sup>



Antes de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciara el 11 de marzo del 2020 la epidemia mundial de COVID-19 y convocara a los países a tomar medidas urgentes y agresivas, estábamos atravesando transformaciones profundas en las relaciones laborales dominadas por el neoliberalismo con modificaciones sustanciales en los procesos productivos en todas las ramas. Junto a estas transformaciones los sistemas de salud y seguridad social sufrían el efecto privatizador devastador de las políticas neoliberales.

*¿Se creará un nuevo mundo posglobalista (posliberal) sobre los escombros del globalismo? Cuanto antes reconozcamos este giro en particular, más preparados estaremos para enfrentar los nuevos desafíos.*

Con la expansión territorial y el incontenible aumento de infectados y muertos, la crisis hace que la globalización neoliberal comience a derrumbarse de manera rápida e irrevocable; hace tiempo que mostraba signos de crisis, pero la epidemia ha aniquilado todos sus principales axiomas: la apertura de las fronteras, la efectividad de las instituciones económicas existentes y la efectividad de las élites gobernantes. La globalización ha caído ideológicamente (liberalismo), económicamente (redes globales) y políticamente (liderazgo de las élites occidentales).

Si tratamos de mirar hacia el futuro con incertidumbre y apertura, podemos predecir algunos de los escenarios más probables o circunstancias particulares. ¿Se creará un nuevo mundo posglobalista (posliberal) sobre los escombros del globalismo? Cuanto antes reconozcamos este giro en particular, más preparados estaremos para enfrentar los nuevos desafíos.<sup>2</sup>

Debajo del mapa de la pandemia queda subsumida la contradicción y el antagonismo entre el capital, las fuerzas del trabajo y las formas de



relacionarnos con la naturaleza. Se tensiona la disputa ideológica y se tensan los mecanismos de producción de subjetividades individuales y colectivas que configuran respuestas desiguales en el afrontamiento de una enfermedad desconocida que no tiene ni tratamiento eficaz ni vacuna para prevenirla.

Ricardo Forster nos advierte: “El neoliberalismo es mucho más que la financiarización del capitalismo; el neoliberalismo se ha sostenido y expandido gracias a una profunda y colosal captura de las subjetividades. Valores, formas de la sensibilidad, prácticas sociales, costumbres, sentido común han sido atravesados y reescritos por la economización de todas las esferas de la vida.”<sup>3</sup>

Así, la epidemia mundial de COVID-19 en el plano de la subjetividad adquiere forma de “infodemia”. La OMS lleva tiempo usando la palabra infodemic para referirse a la sobreabundancia informativa falsa y a su rápida propagación entre las personas y medios.

La infodemia genera temor, desconcierto, malestar, sufrimiento, parálisis, altera y desequilibra la necesaria salud mental para poder afrontar las medidas de prevención y cuidado individuales, familiares y colectivos. Desde los medios de información y las redes sociales **se libra una batalla que adquiere la forma de infodemia, pero en su contenido también tiende a instalar la necesidad de priorizar los intereses del capital concentrado antes que la vida.**

## **La crisis, el COVID-19, los efectos en el mercado laboral y en el mundo del trabajo**

El Informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del 7 de abril 2020, manifiesta: “Las medidas de paralización total o parcial ya afectan a casi 2700 millones de trabajadores, es decir: a alrededor del 81% de la fuerza de trabajo mundial. En el segundo trimestre de 2020 habrá una reducción del empleo de alrededor del 6,7 por ciento, el equivalente a 195 millones de trabajadores a tiempo completo.”<sup>4</sup>



Fotografía: Ayelén Galiotti

**La OIT estima que en todo el mundo entre 8,8 y 35 millones de personas más estarán en situación de pobreza laboral, frente a la estimación original para 2020 que era de una disminución de 14 millones a nivel global. Se prevé, además, un aumento exponencial del subempleo, puesto que las consecuencias económicas del brote del virus se traducirán en reducciones de las horas de trabajo y los salarios.<sup>5</sup>**

En nuestro país desde el comienzo de la cuarentena el mercado de trabajo se ha visto afectado de la siguiente manera: “ Entre ruptura contractual o riesgo de ruptura contractual y riesgo salarial, 154 hechos, que afectan a 309.672 trabajadores/as. Se registraron 12.609 casos de despidos y suspensiones. Relativo al riesgo salarial, se registraron 297.063 casos, que se corresponden con atraso de pago de salarios (3.070), reducciones salariales (54.030), suspensiones con reducción salarial (8.480) y acuerdos entre partes para la reducción salarial (231.483).<sup>6</sup>

**El SARS-CoV-2 vuelve a traer a un primer plano del escenario la confrontación entre el capital y los trabajadores, las reformas neoliberales con sus modelos flexibilizadores, precarizadores, el estímulo al emprendedurismo, la meritocracia, el ataque a la sindicalización, la seguridad**



social, las diversas formas que adquiere el salario indirecto en los Estados de Bienestar y las Democracias con Contenido Social.

*La OIT estima que en todo el mundo entre 8,8 y 35 millones de personas más estarán en situación de pobreza laboral, frente a la estimación original para 2020 que era de una disminución de 14 millones a nivel global.*

### Avances, conflictos y limitaciones

Frente a esta pandemia, ante la magnitud y la falta de medios preventivos y terapéuticos específicos hay tres respuestas que son fundamentales:

1. El distanciamiento social
2. Información saludable para combatir la infodemia
3. Solidaridad activa.

En Argentina el presidente Alberto Fernández decretó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio el 19 de marzo de 2020 a través del Decreto N° 297/20 estableciendo un conjunto de actividades que eran esenciales y estaban excluidas de la cuarentena. Conformó un Gabinete de Crisis donde la centralidad la tiene el Ministerio de Salud Pública de la Nación y generó un equipo de asesores integrado por científicos especialistas en infectología, salud y epidemiología. El objetivo fue y continúa siendo la contención del contagio, preparar la infraestructura sanitaria y asistencial para cuando se den los picos máximos del COVID-19 y atender los enfermos en estado crítico con recursos suficientes. Estas medidas correctas y oportunas comenzaron a ser cuestionadas y sometidas a una creciente ofensiva mediática y política de parte de los sectores empresariales, financieros y la derecha para romper la cuarentena y priorizar las ganancias sobre la salud de la población.



Era y es ingenuo pensar que la epidemia de coronavirus hiciera desaparecer los antagonismos entre la oposición y un gobierno que se propone reparar los efectos nefastos sobre el empleo, el salario, la industria y la sociedad que dejaron cuatro años de neoliberalismo.

En una combinación de infodemia con apocalipsis económica social desde las redes sociales, personas con identidad desconocida publican información que confunde y ocasiona sentimientos encontrados distorsionando “la realidad”, y los medios de comunicación hegemónicos se dieron la tarea de romper la cuarentena y el alto nivel de disciplina social, unidad y confianza en el gobierno de Alberto Fernández.



*Es ingenuo pensar que la pandemia hiciera desaparecer los antagonismos entre la oposición y el gobierno.*

Quien encabezó el chantaje fue la empresa Techint con 1.450 despedidos simultáneamente con el anuncio de la prolongación de la cuarentena. Le siguió Nicolás Caputo y otros empresarios inescrupulosos. Patricia Bullrich organizó los cacerolazos que anticipó el diario “La Nación” una hora antes de que estos ocurrieran.

En plena pandemia, contestando la invitación del presidente a ser solidarios, a proteger la vida en vez de la economía y resignar ganancias extraordinarias, estos sectores desafían la autoridad presidencial y nos recuerdan que “nos salvamos entre todos o no se salva nadie”, un eslogan potente para alimentar la épica popular de la guerra colectiva contra el enemigo invisible. Ellos son los mismos que sobrevivieron muchas veces a crisis devastadoras y varios cumplen más de 100 años en el centro de la escena política y económica. Son empresas como Techint, Mirgor, Autopistas del Sol, las Cámaras de Clínicas y Sanatorios Privados y las Empresas Prepagas de Salud o la Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, la Mesa de Enlace y los grupos de medios que sostuvieron a Cambiemos, que desatan una guerrilla contra el keynesianismo de guerra del Frente de Todes.<sup>7</sup>



Fotografía: Jose Nicolini

Las medidas que tomó el gobierno para acompañar a los sectores más vulnerables, a las PyMEs, a las empresas y a los jubilados demuestran que la diferencia en los efectos en salud de la crisis no es solo un problema de carácter biológico sino básicamente de políticas de Estado de carácter económico - social.

*La pandemia, sus efectos y expresiones en el plano de la relación salud y trabajo nos pone, a su vez, ante la oportunidad y necesidad de reestructurar nuestro sistema de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo.*

Distanciamiento social con un Estado activo tanto en el frente sanitario como en el económico y social, sumado a infinidad de manifestaciones de solidaridad activa son los elementos fundamentales que están garantizando la etapa de contención de la epidemia.

La pandemia, sus efectos y expresiones en el plano de la relación salud y trabajo nos pone, a su vez, ante la oportunidad y necesidad de reestructurar



nuestro sistema de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo, en la legislación en relación con la enfermedad y reparación que sufren los trabajadores como consecuencia de las condiciones y medioambiente de trabajo inadecuadas y las enfermedades ocasionadas por el trabajo.

Coincidiendo con Ricardo Forster, este es “el tiempo de hacer algo, de girar dramáticamente en nuestra loca carrera consumista y egocéntrica es hoy, ahora, **mañana es un horizonte lejano e inalcanzable si no somos capaces de construir otro modo de hacer y de convivir con nosotros y con la naturaleza.** Un más allá del capitalismo financiarizado y su parafernalia de productivismo ciego y rentabilidad egoísta que solo le ofrece bonanza a un 20% de la humanidad mientras esa bonanza multiplica la miseria de miles de millones y la destrucción del ambiente”<sup>8</sup>.

Pueblo Esther. Provincia de Santa Fe  
26 de abril 2020.

\* Investigador del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario, Director de la Carrera de Especialización en Medicina del Trabajo y Secretario de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas y Profesor Adjunto en la Facultad de Psicología de esa misma casa de altos estudios.

---

1 Mapa Online Pandemia COVID-19, Universidad John Hopkins; [https://as.com/diarioas/2020/04/04/actualidad/1585986785\\_907200.html](https://as.com/diarioas/2020/04/04/actualidad/1585986785_907200.html)

2 Dugin A.; El orden post global es inevitable.; Gracus Babeuf; Bs. AS.; 1 de abril 2020.

3 Forster R.; Coronavirus: Entre el peligro y la oportunidad, Página 12; 18 marzo 2020.

4 OIT; Observatorio de la OIT – segunda edición: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis. Ginebra; 7 abril 2020

5 Salud (/es/news/topic/health); OMS; 18 marzo 2020.

6 CEPA; El impacto del aislamiento en el mercado de trabajo, 23 abril 2020.

7 Gatti, J.; La curva invisible: el factor sentimental, Periódico Digital Pausas, Bs. As.; 4 abril 2020.

8 Forster R.; Coronavirus: entre el peligro y la oportunidad, Página 12, 18 marzo 2020.



Fotografía: Aylén Galiotti

# La enfermería en la primera línea del cuidado

*Desde los aplausos en los balcones a las amenazas anónimas, el personal de salud ocupa un rol protagónico en el abordaje de la pandemia. Enfermeras y enfermeros adquieren especial relevancia y su escasez se hace más evidente que nunca en este contexto crítico.*

■ Por María Elena Cabrejas\*

La pandemia del COVID-19 deja al descubierto en todo el planeta la necesidad de contar con un Estado presente y un sistema de salud pública articulado, con verdadera rectoría desde un gobierno central que garantice la vida y el cuidado de la salud de toda la población.

En nuestro país, esta crisis sanitaria y socioeconómica sin precedentes se está desarrollando en el contexto de un nuevo gobierno que asumió



apenas hace 4 meses y que se ha encontrado con un Estado arrasado, debilitado y un sistema de salud semi desarmado y empobrecido por las políticas neoliberales del gobierno de Cambiemos, las cuales llevaron al desfinanciamiento tanto del subsector público como del de seguridad social y aún del privado.

No obstante, las enérgicas medidas tomadas por el gobierno nacional frente a la emergencia, están logrando torcer el rumbo anterior, recuperando al Ministerio de Salud en su rol organizador de un sistema aún muy fragmentado, pero todavía en pie.

La respuesta del gobierno frente a la pandemia ha sido ser principalmente el garante del derecho a la salud de nuestro pueblo, articulando acciones con todas las áreas y jurisdicciones, con una mirada puesta claramente en los sectores más postergados.

Es conveniente recordar que desde diciembre de 2015 se aplicó en el país un enorme ajuste presupuestario y se degradó el Ministerio de Salud al rango de secretaría.



Fotografía: Aylén Galiotti



## La situación deficitaria de la enfermería

En los cuatro años de gestión del gobierno de Cambiemos se produjo el achique y vaciamiento de áreas claves vinculadas a la prevención y la promoción de la salud.

Asimismo, se sub ejecutaron las partidas presupuestarias de programas de atención territorial, medicamentos y de fortalecimiento del primer nivel de atención, desarrollando una fuerte precarización de trabajadores y profesionales de la salud en el sector público, que se evidenció claramente en el ya deficitario campo de la enfermería.

Por otra parte, como producto de políticas educativas ejecutadas por el Gobierno nacional y popular hasta el 2015, desde la creación de las carreras de licenciatura en Enfermería, especialmente en las universidades del conurbano bonaerense, la matrícula de los estudiantes había aumentado. Hoy en día es una de las profesiones prioritarias a nivel país, como se estableció en el año 2015 mediante su inclusión en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior, pero aún es importante la falta de profesionales y es desigual su distribución en las diferentes jurisdicciones y niveles de atención.

### Comparativo fuerza laboral de enfermería en el país

Nivel de formación	2013	%	2014	%	2016	%
Licenciado/as	19.729	11	21.522	11,8	25.383	12,58
Enfermero/as	73.373	41	78.570	43	87.172	43,19
Auxiliares	86.073	48	82.278	45,2	89.274	44,23
<b>Total</b>	<b>179.175</b>	<b>100</b>	<b>182.370</b>	<b>100</b>	<b>201.829</b>	<b>100</b>

Registro de Profesionales y Calidad de los Servicios de Salud 2016

No obstante el leve incremento del número total de profesionales, en las evaluaciones del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud se



cuentan cerca 23 profesionales de la enfermería (licenciadxs más técnicxs superiores) cada 10 mil habitantes. **La Argentina tiene una de las tasas más bajas de licenciados en enfermería por habitante de la región, con cerca de 4,24 cada 10.000 habitantes.**

El panorama de la enfermería argentina es sumamente complejo. Aunque cada vez se forman más profesionales y pese a que las universidades nacionales han pasado a estar entre los principales centros educativos en el área, solo una minoría ingresa a trabajar al subsector estatal y el mercado termina beneficiándose al presentar salarios y condiciones laborales más atrayentes.



*La Argentina tiene una de las tasas más bajas de licenciados en enfermería por habitante de la región, con cerca de 4,24 cada 10.000 habitantes.*

Para fines del año 2020 se habrán jubilado 56.000 enfermeras/os; si se suma la exclusión a la carrera profesional en numerosas jurisdicciones como en el ámbito de la CABA, sin poder asegurar condiciones laborales y de reconocimiento salarial adecuadas, el campo de la enfermería se torna más frágil y sin posibilidades de un ejercicio pleno de la profesión para mejorar la calidad del cuidado, la humanización de las instituciones y la defensa del derecho a la salud de nuestro pueblo.

Las condiciones de medio ambiente de trabajo y la baja remuneración sostienen el problema estructural respecto a la escasez de la fuerza laboral de enfermería a lo largo de todo el territorio nacional, en todos los niveles de atención y los diversos subsistemas de salud. La implementación de políticas verticales y fragmentadas, sin integrar las instancias de gobierno entre las carteras de trabajo, salud y educación, han logrado ciertos avances, pero sin



alterar de fondo los problemas estructurales que manifiesta nuestro sistema de salud respecto a la situación de enfermería.

*Aunque cada vez se forman más profesionales y pese a que las universidades nacionales han pasado a estar entre los principales centros educativos en el área, solo una minoría ingresa a trabajar al subsector estatal y el mercado termina beneficiándose al presentar salarios y condiciones laborales más atractivos.*

**En este momento el déficit de profesionales de la enfermería se pone en evidencia como nunca antes. Hoy enfermeras y enfermeros están en la primera línea del cuidado contra la pandemia junto al resto del equipo de salud.**

La emergencia requiere nuevas estructuras hospitalarias, una mayor capacidad instalada para afrontar el reto de la pandemia y una fuerza laboral en salud que pueda estar a la altura.



Fotografía: Prensa Ministerio de Salud PBA



Esta situación muestra la necesidad de fortalecer el sistema de salud teniendo como guía los modelos basados en una organización de alta intensidad de participación de trabajadores y trabajadoras, a veces llamada mano de obra intensiva. “Esto se plantea en contraposición con sistemas organizados principalmente o solo alrededor de la tecnología, más caros e injustos y con un débil desarrollo del Primer Nivel de Atención. (...) El sistema de salud, sus instituciones, hospitales, centros de salud u oficinas administrativas, son principalmente las personas que lo constituyen. Todo proceso de reforma que se quiera implementar, parcial o sistémico, deberá contar con la transformación de quienes allí trabajan.”<sup>1</sup>

*En este momento el déficit de profesionales de la enfermería se pone en evidencia como nunca antes.*

El énfasis de los sanitaristas que están organizando el sistema de salud frente a la pandemia, desde los ministerios nacional y provinciales, ha estado puesto claramente en destacar que para llevar adelante una nueva estructura sanitaria se hace necesario incluir a la fuerza de trabajo en enfermería, la cual representa el 60 % de los trabajadores de la salud.

En el marco de esta crisis sin precedentes, que se desarrolla paradójicamente en el año 2020 que ha sido nominado por la OMS como el Año Internacional de la Enfermería y Partería, se hace más que visible la necesidad de impulsar políticas que apunten al fortalecimiento de la Enfermería, lograr su reconocimiento profesional, mejorar sustancialmente sus salarios, hoy muy inequitativos, así como también las condiciones laborales y de medio ambiente de trabajo que permitan brindar un cuidado humanizado, de calidad científico- técnica para nuestro pueblo y su integración activa en todos los equipos de salud comunitarios.

---

\* Enfermera (UBA) y docente en la Escuela de Enfermería Cecilia Grierson.

<sup>1</sup> Editorial, Fuerza laboral para la transformación, Revista Soberanía Sanitaria número 5°, 2019



Fotografía: Jose Nicolini

# Sobre curvas y decisiones: el rol de los modelos matemáticos durante la pandemia de COVID-19

*Más allá de las predicciones mediáticas, la construcción de modelos matemáticos puede ser una herramienta útil en la gestión. Para eso es indispensable entender la lógica que los rige, para qué sirven y por qué pueden fallar.*

■ Por Franco Mársico\*

La utilización de modelos matemáticos para comparar escenarios de propagación viral ha ganado popularidad en la pandemia de COVID-19. Para su correcta interpretación resulta imprescindible comprender sus alcances, limitaciones y supuestos. En esta nota se evalúan los peligros que



conlleva la asunción de ciertos supuestos y se elucidan las ventajas de tomar en consideración la heterogeneidad demográfica, social y económica en el modelo epidemiológico. La necesidad de un enfoque interdisciplinario para la producción e interpretación de los resultados queda evidenciada y resulta central para asistir a la toma de decisiones, sobre todo en estos tiempos difíciles.

## Sobre los modelos

Es de común acuerdo que se espera un progresivo aumento en el número de casos de COVID-19 en nuestro país en un futuro cercano. Muchas de las proyecciones realizadas con el fin de estimar el número de casos esperados están basadas en la aplicación de modelos matemáticos. La credibilidad de los mismos depende de la selección de distintos parámetros relacionados con las características del virus, muchas de las cuales no son conocidas con certeza al día de la fecha. Esto refleja la poca información que tenemos acerca del virus SARS-CoV-2 productor de la enfermedad COVID-19. **La eficacia de estos modelos matemáticos para realizar predicciones reside en dos aspectos: por un lado acotarse a un problema particular donde el comportamiento del objeto de estudio sea, al menos parcialmente, conocido; por otro se busca simplificar la realidad basándose en lo que se conoce como “supuestos del modelo”.** Este último aspecto es muy sensible, dado que de obviarse, puede tener fuertes implicancias en la interpretación de los resultados.

## Aplicando el esquema del modelo SEIR

Uno de los modelos frecuentemente utilizados es el conocido como SEIR (Susceptible - Expuesto - Infectado - Recuperado) cuyo comportamiento se esquematiza en la Figura 1. El mismo asume que los individuos susceptibles, que son todos aquellos que no poseen inmunidad, una vez contagiados entran en un primer estado asintomático. Luego se pasa a un cuadro leve donde se presentan síntomas como fiebre, tos y/o dificultad respiratoria. La hospitalización no es un requisito esencial en esta etapa. Posteriormente se



avanza a un cuadro severo en el cual se presenta un aumento de la frecuencia respiratoria y una baja en la saturación del oxígeno en sangre, en estos casos la hospitalización si es un requisito. El último cuadro es el crítico, en el cual se presentan fallas respiratorias graves, shock séptico y múltiples fallas orgánicas. En este último se requiere tratamiento en unidades de cuidado intensivos (UTI) y ventilación mecánica. En cualquiera de los estadios los individuos pueden recuperarse o bien progresar en la enfermedad hasta la muerte.

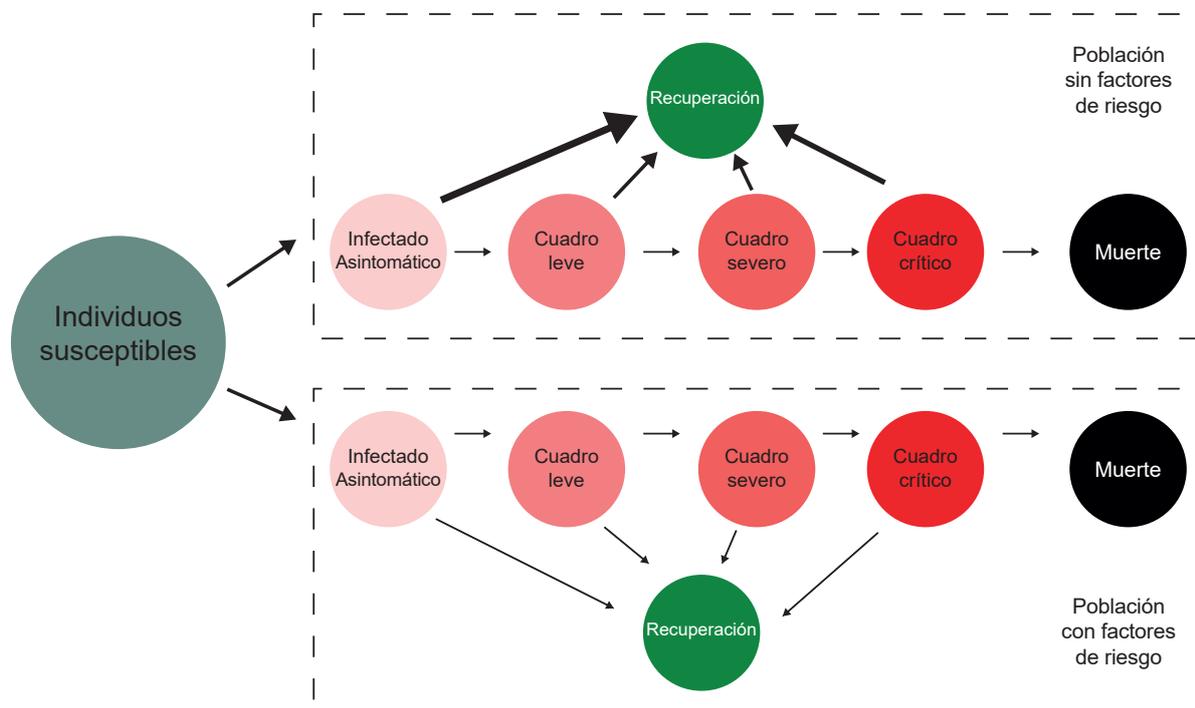


Figura 1 - Esquema del modelo SEIR implementado para la proyección de casos esperados.

## Definiendo los parámetros

Observando el esquema de la Figura 1 nos podríamos preguntar ¿Cuánto tarda una persona en pasar de un estado asintomático a presentar un cuadro leve? ¿Cuál es la probabilidad que tiene de recuperarse una persona en estado crítico? ¿Cuál es la probabilidad de que una persona que contraiga la enfermedad muera a causa de la misma? A estos tiempos y probabilidades que responden a las preguntas los llamamos parámetros y debemos ser muy cuidadosos al seleccionarlos. Estos parámetros le dan “vida” al modelo y



permiten simular escenarios con condiciones que los afecten. Por ejemplo, se puede intentar comparar su comportamiento ante diferentes medidas que reduzcan la posibilidad de contagio.

*El contexto de catástrofe dista del ensayo experimental ideal que nos permitiría conocer con rigurosidad las propiedades del virus.*

Ahora bien, ¿dónde pueden obtener estos parámetros dado que muchos de ellos dependen de las propiedades del virus, el cual conocemos muy poco? Estos se pueden estudiar de experiencias que hayan tenido otros países con el virus pero, teniendo en cuenta el contexto dramático que conlleva la propagación de COVID-19, mucha de la información no se ha sistematizado o se hizo con distintos criterios en distintos países. El contexto de catástrofe dista del ensayo experimental ideal que nos permitiría conocer con rigurosidad las propiedades del virus.

En esta compleja situación un evento casual llamó la atención de muchos investigadores a nivel mundial: la propagación del COVID-19 entre pasajeros y tripulantes del crucero Diamond Princess, la cual se asemejaba a un buen experimento epidemiológico. Al arribar a la ciudad de Hong Kong uno de los tripulantes dió positivo en un testeo. Eso determinó que el barco fuera puesto en cuarentena y que aquellas personas del total de 3700 que había a bordo que presentaran síntomas fueran aisladas. Una vez levantada la medida, los pasajeros pudieron desembarcar y se supo que 619 individuos se habían contagiado. Este suceso permitió comprender la alta capacidad de propagación del virus, observar los síntomas que generó en distintos grupos etarios y en individuos con distintos antecedentes clínicos. Además, se estima que de no haber sido aislados dentro del crucero aquellos individuos con síntomas, la cantidad de infectados habría ascendido a 2300.



Con el paso del tiempo y la organización de la información de la experiencia de otros países se comenzó a conocer, en algunos aspectos, el comportamiento del virus y a darle valores a los parámetros. Algunos de estos son:

*Tipos de cuadros clínicos producidos por la infección:* cerca del 80% de los casos reportados en China tuvieron un cuadro leve presentando síntomas como fiebre y dolor de garganta o dificultades respiratorias. El 14% desarrollaron un cuadro severo, que implica una neumonía que requiere hospitalización. El 6% derivó en un cuadro crítico necesitando cuidados intensivos.

*El período de incubación del virus:* es el tiempo que se da entre que una persona se contagia con el virus hasta que comienza a desarrollar síntomas. Dura alrededor de 5 días pudiéndose extender hasta más de 10.

*La tasa de letalidad:* es el porcentaje de infectados que fallecieron por contraer la enfermedad y fue de 2,3% en China y 0,5% en Corea. Hay que tener en consideración que para los mayores de 80 años el porcentaje fue mayor (más del 10% en ambos casos).

*El número reproductivo básico ( $R_0$ ):* indica la velocidad de propagación de la enfermedad y se encuentra entre 2 y 3 basándonos en el modelo chino y en el del crucero *Diamond Princess*.

## Supuestos silenciosos que llevan a errores de interpretación

Ahora bien, el modelo no contempla ciertas posibilidades como por ejemplo que una persona pase de un cuadro severo a uno leve (como se vé en la Figura 1, las flechas van siempre en una sola dirección). Esto podría tener consecuencias en el cálculo de infectados pero asumimos que, si el impacto no es muy grande, lo podemos obviar con el fin de hacer más sencillos los cálculos. A este tipo de decisiones que se toman y que permiten simplificar los cálculos se las conoce como “supuestos” del modelo. Muchos de los



modelos discutidos e implementados con el fin de estudiar y predecir el comportamiento de la propagación de COVID-19 frente a la aplicación de diferentes medidas poseen dos supuestos que requieren atención especial:

- La probabilidad de contagiarse es igual para todos los individuos.
- La probabilidad de morir a causa de la infección es igual para todos los individuos.

Respecto al supuesto 1: la propagación del virus requiere el contacto cercano entre las personas, por lo tanto, es intuitivo pensar que ésta será menor en lugares con muy baja densidad poblacional. Este supuesto no es un grave problema para grandes ciudades, donde se puede asumir una distribución medianamente homogénea, pero sí lo es para gran parte de nuestro país donde existen regiones con alta concentración poblacional y otras con una muy baja cantidad de habitantes.

*Si un modelo no tuviese en cuenta estos puntos no sería capaz de distinguir entre zonas que presentan mayores vulnerabilidades que otras.*

Respecto al supuesto 2: se conoce que la probabilidad de morir por la enfermedad de COVID-19 guarda una relación con la edad y la presencia de enfermedades previas.

Si un modelo no tuviese en cuenta estos puntos no sería capaz de distinguir entre zonas que presentan mayores vulnerabilidades que otras.

Sin duda, aquellos lugares que tienen una población envejecida y/o con enfermedades previas que puedan potenciar la letalidad de COVID-19 deben ser priorizadas en la asignación de recursos.



## Darle marcha al modelo

Con los parámetros seleccionados y teniendo en cuenta los supuestos ya podemos estar en condiciones de darle arranque a la simulación. A modo de ejemplo tomamos una región con 13.500.000 habitantes con una cantidad inicial de 200 personas infectadas (comienzan todas a la par, en estado asintomático) poniendo como fecha de inicio el 1 de abril. La simulación computacional comenzará a darle movimiento al modelo, esos 200 individuos contagiarán a otros y progresarán en los distintos estadios de la enfermedad, o bien se recuperarán con los tiempos y las probabilidades establecidas por los parámetros. Esto nos dará un valor de infectados en cada estadio (asintomático, leve, severo o crítico) y la cantidad de muertos e individuos que se recuperaron para cada día.



*El efecto de las medidas de distanciamiento tiene impacto directo sobre la velocidad de propagación (parámetro presente en el modelo) y se ha estudiado en distintos ejemplos a nivel mundial cómo diferentes medidas contribuyen a disminuir dicha velocidad.*

Así mismo, se pueden plantear distintos escenarios de mitigación. Con el fin de comparar escenarios podemos proponer dos situaciones: en una, llamémosla A, luego de una cuarentena total de un mes, se permite libre circulación de la población en la región. En otra, llamémosla B, se continúa con medidas de mitigación sostenidas por más de tres meses. Esto implica evitar eventos que aglutinan a la población, controlar medios de transporte, preparar turnos diferenciales de trabajo, etc. El efecto de estas medidas tiene impacto directo sobre la velocidad de propagación (parámetro presente en el modelo) y se ha estudiado en distintos ejemplos a nivel mundial cómo diferentes medidas contribuyen a disminuir dicha velocidad.

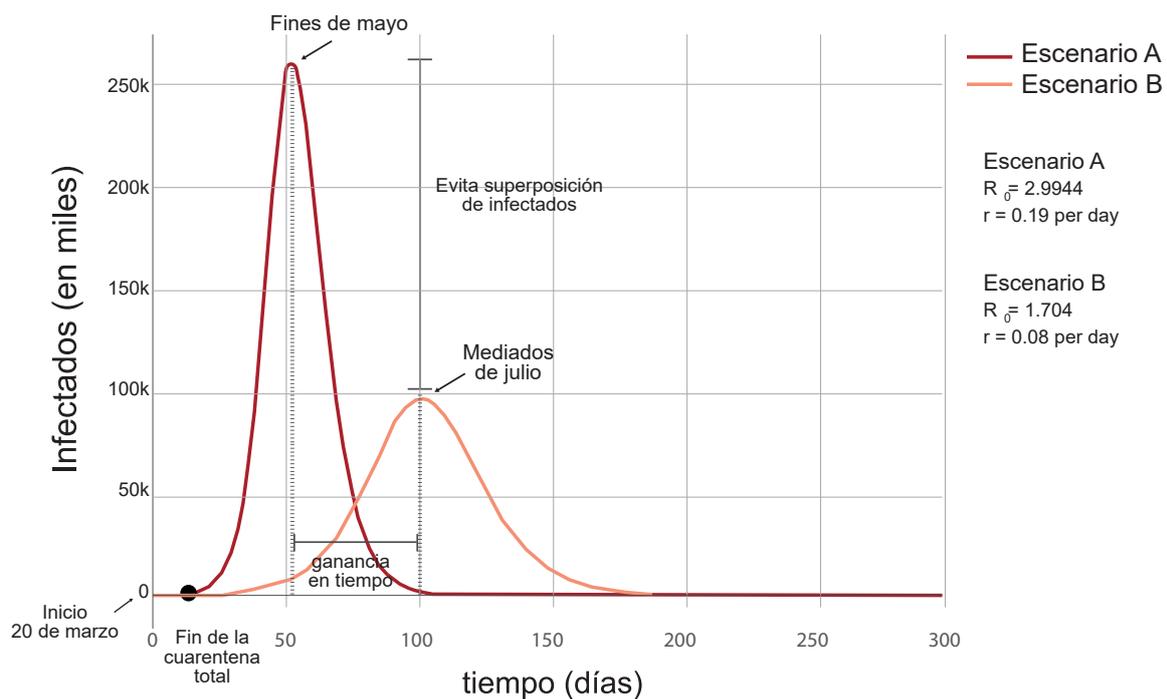


Figura 2 - Infectados que requieren hospitalización en función del tiempo.

En la Figura 2 puede observarse la cantidad de infectados en estado severo y crítico (ambos grupos que requieren hospitalización) en función del tiempo. Una liberación de la circulación (escenario A) es seguida de un fuerte incremento de casos llegando a un pico a fines del mes de mayo. En cambio, manteniendo medidas de mitigación el pico se retrasa hasta mediados de julio y al achatarse se pasa de un escenario con un pico de 250 mil casos (escenario A) a uno de 100 mil casos (escenario B). Es importante destacar que, de todos modos, en ambos escenarios la cantidad de infectados que requieren hospitalización está muy por encima de las capacidades del sistema sanitario.

## La importancia de un modelo que contemple características sociales, económicas y demográficas

Al plantear el modelo anterior se tomó en consideración la aplicación de una medida uniforme sobre toda la región. Sin embargo, existen dos supuestos importantes: por un lado la probabilidad de contagio es igual



entre todos los habitantes, y por otro, la probabilidad de morir a causa de la enfermedad también.

Supongamos que, en base a un estudio que tiene en cuenta las características demográficas, sociales y económicas, logramos subdividir a la región planteada en el ejemplo de la Figura 2. Por un lado tenemos la subregión I que se la puede describir como una zona residencial que posee una densidad y tamaño poblacional bajos, con un porcentaje del 10% de población por encima de los 60 años. Esta presenta una gran cantidad de casos al inicio de la simulación (100 de los 200 casos). Como puede observarse, si se aplica el escenario B, el aumento paulatino de casos presenta una ventaja dado que al ser una zona residencial la posibilidad de un aislamiento domiciliario es factible y el número de casos que requieren hospitalización (suponemos un porcentaje más alto considerando una proporción superior a la media de adultos mayores a 60 años) puede ser controlable.

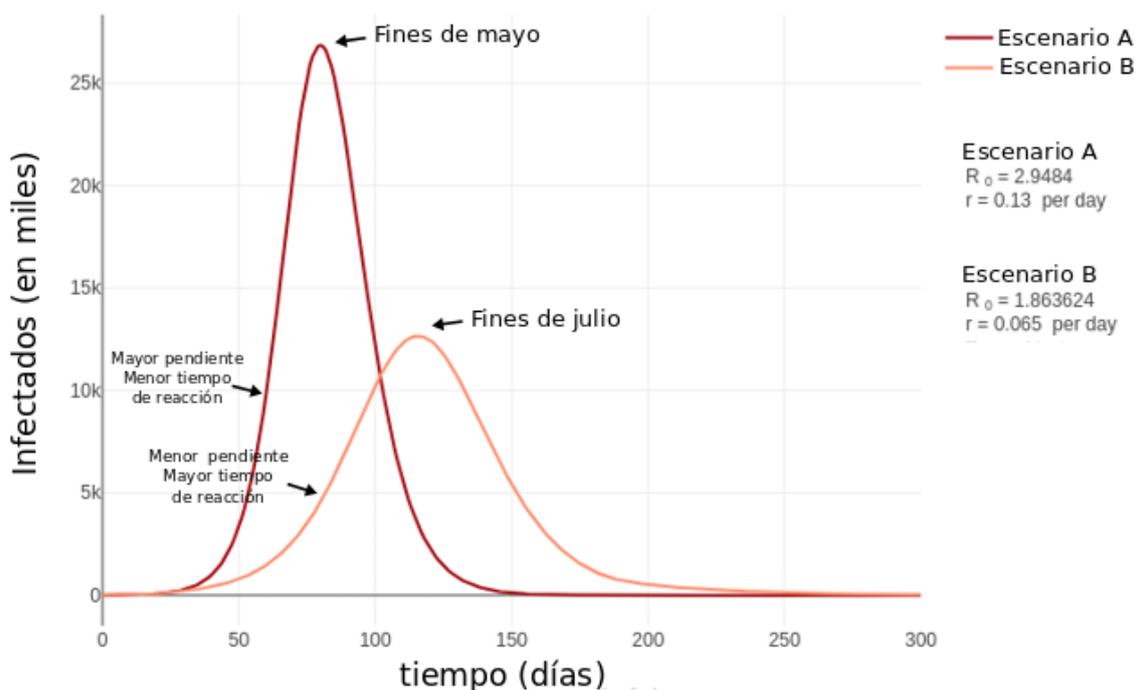


Figura 3 - Comparación de escenarios de mitigación subregión I.



Por otro lado tomamos otra zona, que llamaremos subregión 2 (Figura 4) donde se registra un mayor nivel de hacinamiento y una cantidad de habitantes alta (1.500.000 habitantes), por lo tanto, se supone más velocidad de propagación viral lo que deriva en un gran número de casos. Es importante destacar que esta región posee muy pocos casos en el principio de la simulación y se considera una tasa de importación de infectados desde la región I (supongamos que podría ser por tránsito de personas entre ambas). En este caso una de las medidas del escenario B resulta muy efectiva, en la que puntualmente se considera evitar al máximo posible el contacto con la región I, además de las otras medidas antes mencionadas.

Esto último es importante dado que significa más **tiempo de reacción** para detectar incrementos fuertes en la cantidad de casos mediante un monitoreo epidemiológico exhaustivo y localizado con el fin de aplicar medidas de mitigación más estrictas y/o dotar al sistema sanitario de recursos anticipándose al aumento de casos.

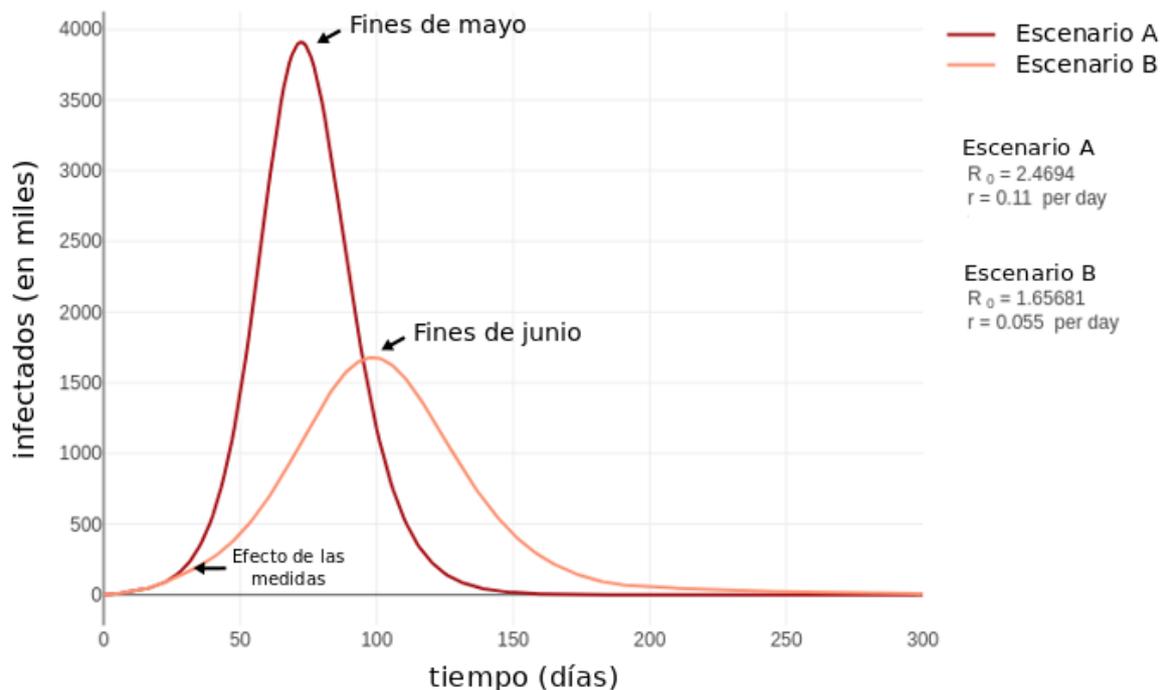


Figura 4 - Comparación de escenarios de mitigación subregión Y.



Analizando cada subregión por separado observamos distintas respuestas que pueden conllevar a diferentes tomas de decisiones. Mientras que en la subregión 1 bastaría con la aplicación de las medidas del escenario B, en la subregión 2 se debe continuar con un monitoreo exhaustivo con el fin de detectar posibles focos y tomar medidas que pueden incluir retomar la cuarentena social y obligatoria.

*Para la correcta interpretación de los modelos es necesario adentrarse en los pilares que sostienen a dichos números, y estos son los parámetros y los supuestos del modelo.*

Es importante también tener en cuenta el cuidado que se debería realizar sobre la subregión 2 con el fin de evitar la importación de casos, lo cual podría hacerse disminuyendo (o evitando) el tránsito entre estas subregiones.

## Concluyendo

Sin entrar en formalismos matemáticos, es claro que la utilización de los modelos puede ser una herramienta útil para asistir a la toma de decisiones. Ahora bien, un peligro en el uso de los números como herramienta retórica es que, por sí mismos, no dicen nada. Para la correcta interpretación es necesario adentrarse en los pilares que sostienen a dichos números, y estos son los parámetros y los supuestos del modelo. **Comprender esto resulta central para tomar dominio sobre los mismos y modificar los supuestos en función de los requerimientos que la problemática demanda.** Al fin y al cabo todos los modelos están equivocados, pero algunos, son útiles.

\* Biólogo. “Laboratorio de Redes Complejas, Instituto del Cálculo”, FCEN UBA. Asesor del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Profesor Adjunto de la Universidad de José C Paz.



Fotografía: Jose Nicolini

# El constante silencio de las endemias y epidemias

*Otras enfermedades acechan al territorio argentino hace tiempo, pero con el coronavirus en el centro de la agenda mediática, pierden peso y visibilidad. Las características de las poblaciones que más sufren estas enfermedades pueden tener que ver con su histórico silenciamiento.*

■ Por María Soledad Santini y Rocío Rivero\*

La noción de salud como derecho es objeto de verdadera lucha política. Si bien según Foucault en 1942, en plena guerra mundial, se consolida el derecho a la salud<sup>1</sup>, en nuestro país existen problemáticas sanitarias como chagas, dengue, leishmaniasis y tuberculosis por nombrar algunos ejemplos, que continuamente ponen en evidencia que esta lucha no ha concluido, sino más bien todo lo contrario.



La Argentina se caracteriza por un perfil epidemiológico portador de la “doble carga por enfermedad” en el que coexisten problemas infectocontagiosos junto con un incremento de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (OPS, 2017). En este sentido las enfermedades infecciosas, más comunes en los países en desarrollo, tienden a ocupar un lugar en la agenda del sistema público, por tener altas tasas de infección en la población joven, teniendo que soportar las mujeres la mayor carga de enfermedad<sup>2</sup>.

Si hablamos de enfermedades transmitidas por vectores en la Argentina, con un largo recorrido histórico está la enfermedad de chagas, principal enfermedad endémica, cuya transmisión existe desde antes que los europeos invadieran estas tierras. Con casi dos millones de casos y 500 muertes anuales, se estima que cada año nacen entre 1100 y 1300 niños infectados con el parásito que la produce, confirmando que la vía madre-niños es hoy la más importante en la generación de nuevos casos.

Tal como dice Eduardo Galeano, sus víctimas no tienen derechos, ni siquiera tienen el derecho de saber de qué mueren. Aún hoy, más allá de varios intentos, la enfermedad sigue estando en el olvido. De hecho, durante el último gobierno neoliberal sufrió la desarticulación del Programa Nacional de chagas, a tal punto de que hoy aún falta información actualizada.

*Si bien estas problemáticas sanitarias muestran una distribución heterogénea desde una visión biológica, deben ser analizadas como especificidades sanitarias individuales y grupales pero contempladas desde el contexto social que las determinan.*

Otra enfermedad infecciosa, vectorial, de importancia en Argentina, es el dengue y es considerada la arbovirosis epidémica más relevante, por



su gran carga de enfermedad e implicaciones sociales. El último boletín epidemiológico nacional muestra que desde la Semana Epidemiológica (SE) del 31 de 2019 hasta el 25 de marzo de 2020, el número de casos por dengue supera 4 veces los casos ocurridos la misma temporada del año anterior. Hay 7862 casos confirmados y 7035 probables<sup>3</sup>.

Sin embargo, sabemos en Argentina y en el mundo el SARS-CoV-2 es el virus emergente que acaba de captar toda política mundial. Relevante entre otras cosas por su alta capacidad de infectar la OMS, en su informe del 11 de marzo, definió de pandemia su transmisión. El primer caso confirmado en Argentina fue el 3 de marzo del 2020.

## Endemia y epidemia en el mapa

La dispersión de chagas, dengue e inclusive del SARS-CoV-2 difieren en todo el territorio nacional. La misma está definida por estratificaciones ambientales y sociales. Si bien chagas y dengue muestran una epidemiología social similar, sus origen en el continente son muy disímiles.

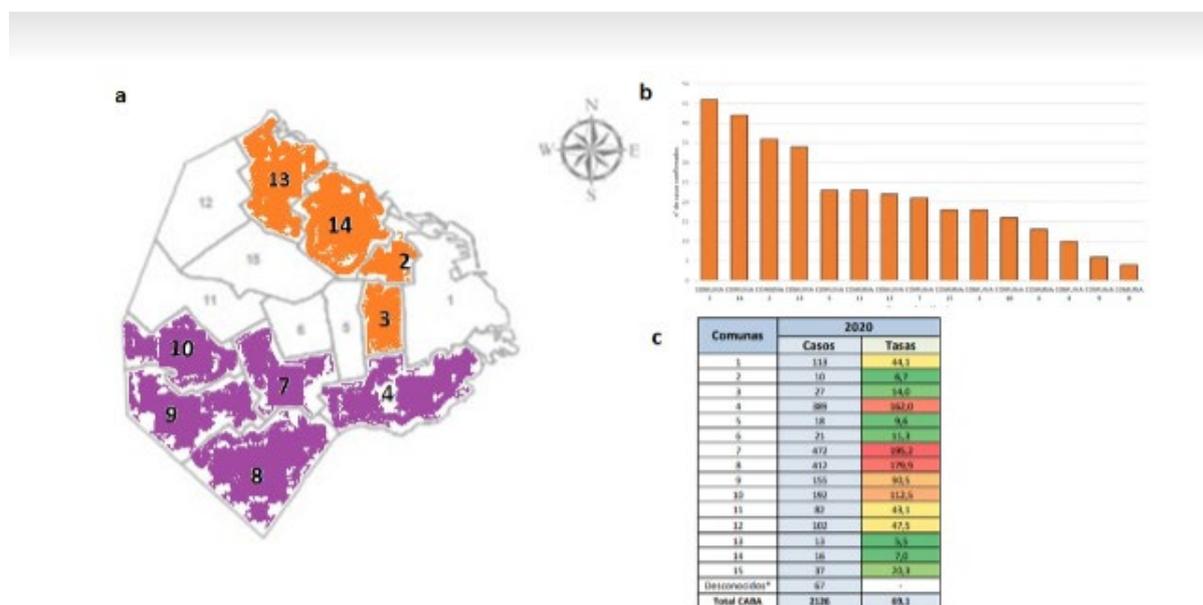
Los registros más antiguos de casos de chagas en nuestro país datan de 1927<sup>4</sup>. En la actualidad si bien existe transmisión vectorial activa en 19 provincias, la transmisión connatal muestra presencia en todo el territorio nacional.

De las 24 jurisdicciones nacionales, 16 tienen transmisión activa de dengue, aunque por la dispersión de los casos importados también hay denuncias en todo el territorio nacional. Una singularidad que aún tiene la transmisión de dengue en nuestro país es que generalmente ingresa a la Argentina por casos importados desde los países limítrofes.

**Si bien estas problemáticas sanitarias muestran una distribución heterogénea desde una visión biológica, deben ser analizadas como especificidades sanitarias individuales y grupales pero contempladas desde el contexto social que las determinan<sup>5</sup>.**

## La pandemia en el país

En el caso del virus SARS-CoV-2, el grueso de los casos se reporta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y conurbano bonaerense. Si bien los agentes infecciosos en el dengue y SARS-CoV-2 son virus, la perspectiva epidemiológica social de cada uno de ellos también difiere. Como fue observado en su momento para tuberculosis, entre los casos de dengue y SARS-CoV-2 (por el momento) se puede seguir utilizando la Avenida Rivadavia para delimitar el perfil socioambiental, sociodemográfico y socioeconómico de la ciudad.



**Figura 1:** muestra a) las comunas con mayor concentración de casos de dengue (violeta) y SARS-CoV-2 (naranja) de CABA de la Semana Epidemiológica (SE) 10 a SE 14 del 2020. b) Casos confirmados de SARS-CoV-2 según comuna de residencia, entre las SE 10 a la SE 14 del 2020. N=332. c) Casos confirmados de dengue según comuna de residencia y tasa por 100.000 habitantes, entre las SE 1-13; 2020 (n=2126). b y c ambos fueron tomados del Boletín Epidemiológico de CABA N° 189 | Año V | Información hasta SE 12 | 3 de abril de 2020).

La figura 1 muestra un ejemplo de esta disparidad espacial. En CABA el 48% de los casos de SARS-CoV-2 ocurren en el noreste de la ciudad,



principalmente en las comunas 3, 12, 13 y 14; en tanto que las comunas más afectadas con dengue corresponden al sudoeste, áreas que el número de casos superan la media de la ciudad en más del 100%<sup>6</sup>.

*La importancia del campo social de la salud, en interacción con la biología, define la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud-enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro.*

En el ejemplo utilizado para esta publicación, los casos de dengue se concentran en el sur de la ciudad, donde se observa el mayor porcentaje de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), por ejemplo, el porcentaje de NBI de la comuna 4 es del 12.9%. Mientras que SARS-CoV-2 se manifiesta en el lado opuesto de la ciudad al norte donde el NBI se solo alcanza al 2%<sup>7</sup>.

## El silencio de las endemias y epidemias

La importancia del campo social de la salud, en interacción con la biología, define la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud-enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro<sup>5</sup>.

Muchas de estas enfermedades están asociadas al hacinamiento, a la falta de infraestructura, agua potable, urbanización u otras señales de ausencia del Estado, condiciones que favorecen el desarrollo de infecciones. Se las agrupa bajo el nombre de enfermedades de la pobreza u olvidadas, pero estos nombres no hacen más que tercerizar la responsabilidad de su prevención.



Como si la presencia o ausencia de algunas de estas condiciones de vida, o el olvido de que deberían estar cubiertas por ser un derecho, dependieran del azar. Como si su existencia o su ausencia no fueran responsabilidad de nadie, dejando a la libertad del patógeno la elección de a quien atacar.

**Los datos evidencian que el lugar de estas enfermedades en la agenda pública nunca tuvo la centralidad ni la prensa necesaria para combatir las. Mucho menos en este escenario donde el dinamismo del SARS-CoV-2 enciende las pantallas a nivel mundial. Nuestras endemias y epidemias están acostumbradas al silencio, porque ellas saben que afectan a personas cuyas vidas, se asume, valen menos que la vida de otras y cuya muerte afecta menos que la muerte de otras<sup>8</sup>.**

\* María Soledad Santini es investigadora. Forma parte del Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-Epidemias (CeNDIE) ANLIS-Malbrán. Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS).

\* Rocío Rivero es investigadora del Instituto Nacional de Parasitología (INP) ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud de la Nación.

---

1 Foucault Michel (2008). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, en *La vida de los hombres infames*, Ed. Altamira, Buenos Aires, p. 69

2 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina, 2017-2021. Buenos Aires: OPS; 2017.

3 [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv\\_491\\_se12.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_491_se12.pdf)

4 Mazza S. 1949 La enfermedad de chagas en la República Argentina. *mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 47: 273-288.

5 Morales-Borrero C., Borde E , Eslava-Castañeda JC y Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. salud pública.* 15 (6): 797-808, 2013 797.

6 Boletín epidemiológico semanal Ministerio de Salud de la CABA. N° 189. Año V. Información hasta SE 12. 2020. ISSN 2545-6792.

7 Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) 2014. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>

8 Alicia Stolkiner Documental: La insubordinación de los Privilegiados. Minuto: 41



Fotografía: Aylén Galiotti

# Los modelos de salud en debate

*El ataque sistemático al sistema público de salud que sostuvieron por décadas las políticas neoliberales quedaron al descubierto con la crisis de la COVID-19. Es indispensable repensar un modelo social y político que tome a la salud como un derecho humano.*

■ Por Juan Canella\*

## ¿A quién interpela la pandemia de COVID-19?

Desde hace décadas, una serie de sanitaristas desde diversos escenarios, en lo personal ALAMES, Universidades, cursos, asociaciones gremiales, charlas dadas por diversas invitaciones y algún que otro espacio más venimos reclamando una urgente mirada sobre la necesidad de un sistema de salud más digno y por sobre todo que se desempeñe por fuera del ámbito



lucrativo, condición *sine qua non* para que sea contemplada la salud como derecho en sí misma.

Todos estos reclamos rebotaban siempre entre las mismas cuatro paredes desde donde observábamos, a su vez, una cruel profundización del vaciamiento de la salud pública, en particular en el último periodo gubernamental con su fuerte impronta neoliberal, donde el proyecto anunciado era la “Cobertura Universal en Salud” (CUS).

La famosa CUS proviene del modelo del Banco Mundial, documentado en 1987 en un informe denominado “Agenda de reforma del financiamiento de los servicios de salud en países de ingresos medios y bajos” y luego en 1993 transformado en “Invertir en salud”. En resumen, un proyecto para abrir un mercado de aseguramiento en función de la capacidad de pago, poniendo los recursos públicos en el mercado, generando un régimen subsidiado para los pobres, un régimen contributivo para quienes puedan pagarlo y las prepagas para la población de mejores recursos económicos. Lo “universal” era en función poblacional, pues todos tendrían una cobertura, pero muchos se quedarían sin acceso a la necesidad requerida.

*Ahora, la pandemia. Un simple virus que es apenas una sumatoria de bases que forman el ácido ribonucleico, glucoproteínas y alguna que otra molécula más. Esa insignificante combinación química viene a poner llovido sobre mojado, lo que desde hace años venimos denunciando.*

Al observar la cruel película del vaciamiento de la salud pública en nuestro país podemos reparar que este proyecto viene avanzando desde hace décadas en Argentina. A grandes rasgos, entre 1946 y 1955, de la mano del peronismo se



desarrolló un sistema sanitario público muy fuerte con la creación del Ministerio de Salud. La dictadura de Aramburu y Rojas cerró por primera vez el ministerio, quitándole a la Nación su rol rector e iniciando el proceso de fragmentación que continúa hasta nuestros días. Después del fallido experimento conducido por Illia y su ministro de salud, Arturo Oñativia, de impulsar la salud desde el Estado nacional, el gobierno de facto de Onganía cerró por segunda vez el ministerio y, en 1970, decretó la obligatoriedad de afiliación a las obras sociales sindicales, con aportes del Estado, el empleador y los trabajadores. El gobierno neoliberal menemista comenzó en 1997 con el proceso de desregulación de las obras sociales que culminaría en 2000, durante la gestión de De la Rúa, cuando se incorporaron a las empresas de medicina prepaga al “mercado” de la seguridad social. **Su principal consecuencia fue el fenómeno denominado descreme,** que consistió en el desfinanciamiento de las obras sociales ya que quienes percibían los salarios más elevados derivaban sus aportes al subsector privado.

**[** *Queda al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas públicos de salud, lo que los convierte en la víctima directa de la COVID-19.*

Cabe mencionar la última etapa neoliberal acuñada por el macrismo con imágenes tales como los despidos y la represión en el Hospital Posadas, el cierre de programas, el abandono de miles de dosis de vacunas y la frutilla del postre, la tercera desaparición del Ministerio de Salud, degradado al rango de secretaría.

Ahora, la pandemia. Un simple virus que es apenas una sumatoria de bases que forman el ácido ribonucleico, glucoproteínas y alguna que otra molécula más. Esa insignificante combinación química viene a poner llovido sobre mojado, lo que desde hace años venimos denunciando.

Un virus nuevo que, según se va demostrando desde diciembre de 2019 cuando aparece en Wuhan, donde se denuncia una nueva neumonía en 27 trabajadores



de un mercado de mariscos, no registra una mortalidad elevada pero, al ser “nuevo”, no existe inmunización en ninguna población del planeta. Eso, sumado a la elevada contagiosidad, es lo que lo hace peligroso para una enorme parte del planeta. Así queda al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas públicos de salud, lo que los convierte en la víctima directa de la COVID-19.

*El verdadero informe del diagnóstico es la ya tan famosa curva y su achatamiento o amesetamiento y, en función de la curva obtenida, el paciente podrá o no dar una respuesta adecuada.*

Para cualquier diagnóstico se busca un marcador sensible, específico y con alguna que otra característica más; esos marcadores son los que nos van indicando la gravedad de la patología y la respuesta del tratamiento, una vez aplicado el mismo.

Las cifras con las que nos bombardean minuto a minuto todos los medios, la cantidad de infectados, mortalidad, letalidad, y algunas otras, están actuando como los marcadores, algo así como los valores de la concentración de glucosa, en sangre, medida a distintos tiempos, para la realización de la curva de glucemia que nos dará el diagnóstico de diabetes.

El verdadero informe del diagnóstico es la ya tan famosa curva y su achatamiento o amesetamiento y, en función de la curva obtenida, el paciente podrá o no dar una respuesta adecuada.

En este contexto se aplica una estrategia sanitaria denominada “Aislamiento Social Preventivo Obligatorio”. Con su implementación hemos tenido un gran alivio, siendo la lectura político sanitaria de nuestros dirigentes adecuada y no se dudó en aplicar medidas parciales en función de otras variables como las



económicas. **Por ello, el determinante social que es el sistema de salud debe ir acompañado por la determinación social que es la manifestación política.**

Los medios nos van mostrando de manera actualizada las cifras y las consecuencias, pero jamás hacen análisis alguno de sus causas. Allí vemos con claridad cómo los países que tienen un fuerte sistema público alcanzan mejores respuestas a la crisis sanitaria, si fueron acompañados con la lectura política adecuada. En nuestro continente, las cifras de los EE.UU., Chile, Ecuador y Brasil, países que tienen similitudes ideológicas son realmente caóticas.

*Vemos con claridad cómo los países que tienen un fuerte sistema público alcanzan mejores respuestas a la crisis sanitaria, si fueron acompañados con la lectura política adecuada.*

## Valores sociales

El capitalismo establece su proa hacia un individualismo competitivo, llegando incluso a tener una determinación que genera la concepción de capitalismo salvaje. Ese grado de individualismo competitivo deja de lado cualquier regulación que lo enmarque dentro de un contexto ético.

Los valores que deben estar en juego en un sistema de salud basado en el real derecho de las personas, es decir la accesibilidad a un sistema justo y equitativo, dado solo por el simple hecho de haber nacido, no son los parámetros que el capitalismo maneje y mucho menos, el llamado capitalismo salvaje, donde el sistema de salud pasa a ser una herramienta y de las más eficientes para la concentración de riquezas.

El sistema de salud representa el modelo social y ha quedado más que nunca al descubierto.



Es sabido y pronunciado infinitas veces que en Argentina tenemos un sistema de salud segmentado. Es hora de ver, ante una verdadera crisis, cuál es el segmento que responde, respetarlo y fortalecerlo.

Ha sido indignante escuchar propuestas donde la prioridad sea la economía, al margen del número de muertos. Así les está yendo a los mandatarios que se aferraron a esas ideas, no salvaron la economía y unas cuantas muertes pesarán sobre sus conciencias, en caso de tenerlas. Hasta se han *birlado* aviones cargados de instrumental e insumos en salud, como EE.UU. hizo con Francia y Paraguay y Francia a su vez con Italia.

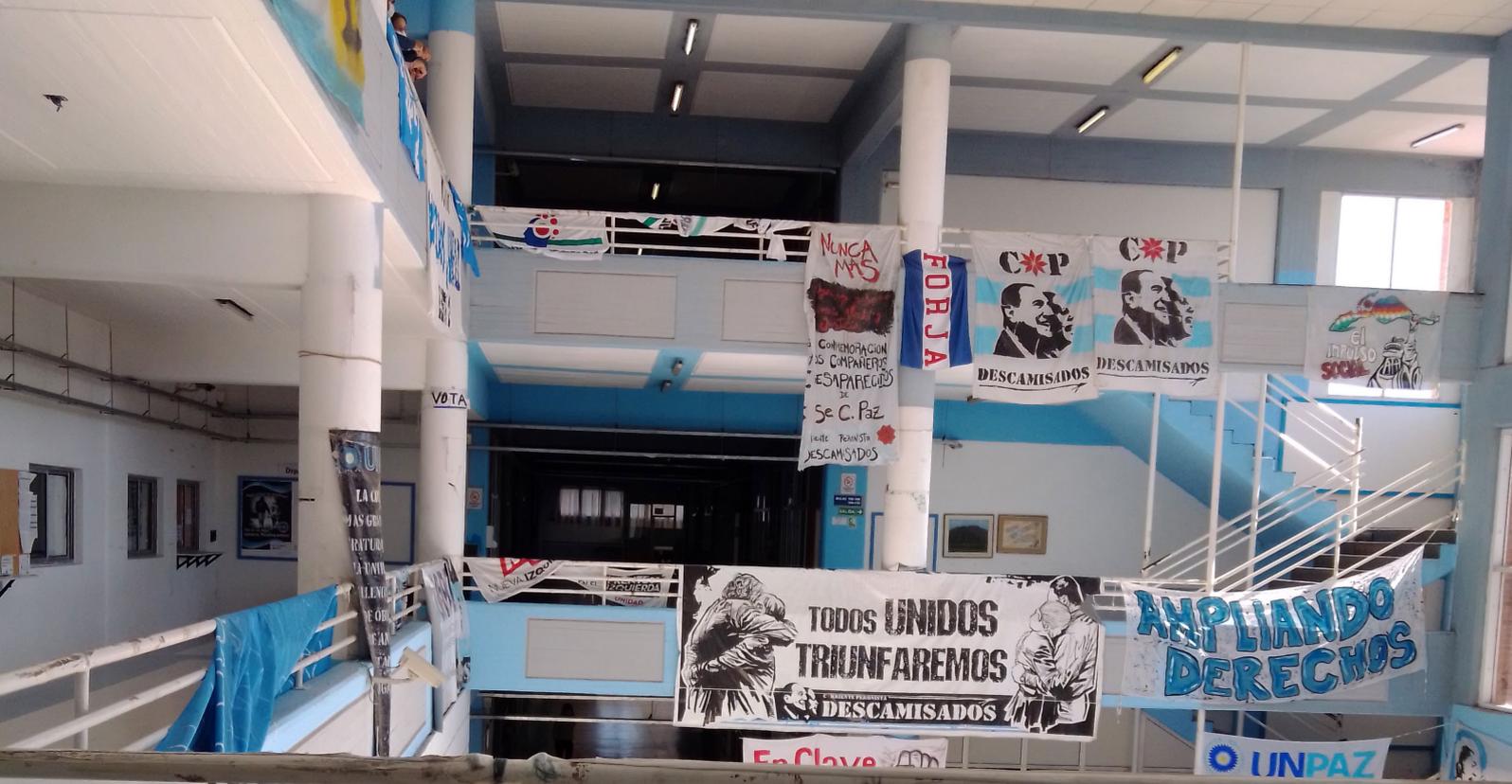
El rey está desnudo y ha mostrado su brutalidad con la pandemia y es el sistema el quien tiene los síntomas. Ahora el dolor es social y como tal debemos redefinir si continuaremos distraídos, mientras no nos toque, o enfrentamos como una sociedad madura debe hacerlo, reordenando los valores y el contexto donde establecernos. Se me ocurren un sinnúmero de pautas, pero estas deben surgir de una real participación social.



*El sistema de salud representa el modelo social y ha quedado más que nunca al descubierto. Es sabido y pronunciado infinitas veces que en Argentina tenemos un sistema de salud segmentado. Es hora de ver, ante una verdadera crisis, cuál es el segmento que responde, respetarlo y fortalecerlo.*

La salud no es solo cosa de médicos y médicas. Es social y por lo tanto las decisiones y consumaciones deben partir desde allí. Tal vez este famoso coronavirus vino a herir de muerte al “hombre económico” y deje espacio al surgimiento de “el hombre/la mujer solidario/a”.

\* Bioquímico. Coordinador de ALAMES Argentina.



# ¿Qué podremos enseñar de todo esto?

*Aunque se aprendan muchas cosas durante la pandemia, es necesario preguntarse cuáles perdurarán como parte de la formación de trabajadorxs de la salud después de este fenómeno de escala planetaria. Si este va a ser el punto de partida en la construcción de un sistema de salud más justo, debe pensarse qué aportes se harán desde la educación.*

■ Por Leonel Tesler\*

La única verdad es la realidad

Aún cuando luchemos por cambiar el curso de la historia y generar revoluciones educativas, quienes trabajamos en las universidades somos criaturas más bien rutinarias. El contexto más propicio para la innovación



pedagógica y la producción de conocimiento es el de cierta previsibilidad en cuanto a todo lo demás. Así pasamos el verano, planificando nuestras actividades sobre el calendario académico que se había definido a fines del año pasado, disfrutando de las alegrías y esperanzas que acompañaron la asunción del nuevo gobierno, calculando qué podríamos hacer y qué no a pesar de saber que faltaban varios meses para que se discutiese la Ley de Presupuesto 2020. Hasta nuestras incertidumbres eran rutinarias.

De pronto, el virus que le provocaba una infección gastrointestinal a un murciélago en China mutó y, tras pasar por algún pangolín (curioso animal que conocía por alguna perdida vitrina en un museo de ciencias naturales), comenzó a producir un cuadro respiratorio potencialmente mortal en personas. Diez semanas más tarde, había cientos de miles de infectados en todo el planeta, Italia había superado a China en cantidad de casos y muertos, la expansión en EE.UU. era más rápida que en cualquier otro país hasta el extremo de agotarse, la Organización Mundial de la Salud declaraba la pandemia y en la Argentina se estableció por decreto de necesidad y urgencia el aislamiento social preventivo y obligatorio.

*Es seguro que esta situación excepcional atravesará de alguna manera las prácticas de quienes nos dedicamos a la formación universitaria de la fuerza laboral en salud pero no necesariamente de manera proporcional al descalabro que ha generado en nuestra vida.*

El relato de los párrafos anteriores podría ser el inicio de un relato de ciencia ficción nada original. Desde El Eternauta y su nevada mortal hasta las películas Contagio y Epidemia, el argumento de la normalidad truncada por una peste de instalación más o menos repentina se ha utilizado una y otra vez con resultados dispares. Lo que nos diferencia de los protagonistas



de casi todas esas obras es nuestra naturaleza de personajes secundarios, casi extras, que deben seguir con su vida pese a la situación excepcional. En nuestro caso, tenemos una complicación adicional, nada espectacular pero con impacto en una enorme cantidad de personas: la cuarentena comenzó después de apenas haber cumplido una semana de clases.

En pocos días aprendimos mucho a una velocidad inimaginable. Nos descubrimos capaces de hacer cosas que hasta hace pocas semanas considerábamos imposibles o cuya existencia ignorábamos. Aprendimos a vivir en el encierro; a lavarnos las manos; a explicar qué es un coronavirus, cuántos tipos afectan a las personas y qué diferencias hay entre ellos; a enseñar y estudiar en entornos virtuales; a no reenviar cualquier cosa sin antes leerla críticamente. La cantidad de información sobre el SARS-CoV-2 y la enfermedad que produce, COVID-19, crece y cambia a cada momento. Sabemos cada vez más y mejor sobre el virus, el contagio, la prevención y, de un momento a otro, el tratamiento.

*Enseñar es recortar, seleccionar y priorizar; es acompañar en la construcción de conocimiento a partir de una lectura previa y sesgada de los contenidos; es aplicar uno o varios métodos que consideramos los más adecuados para otrxs aprendan lo que hemos decidido de la manera que hemos elegido.*

Es seguro que esta situación excepcional atravesará de alguna manera las prácticas de quienes nos dedicamos a la formación universitaria de la fuerza laboral en salud pero no necesariamente de manera proporcional al descalabro que ha generado en nuestra vida. Puede limitarse a ser una anécdota curiosa en algún texto de virología, un dato lanzado al pasar en un



seminario sobre coronavirus. También puede hipertrofiarse y convertirse en el centro de alguna cursada, llegar a tener una materia propia (“Gestión y abordaje de las pandemias”) y hasta generar algún tipo de curso de posgrado.

Enseñar es recortar, seleccionar y priorizar; es acompañar en la construcción de conocimiento a partir de una lectura previa y sesgada de los contenidos; es aplicar uno o varios métodos que consideramos los más adecuados para otrxs aprendan lo que hemos decidido de la manera que hemos elegido. Es una actividad que nada tiene de objetiva ni de inocente. Sabemos que es imposible e inútil enseñar todo. La pregunta que nos hacemos entonces es la siguiente: ¿Qué de todo lo que estamos aprendiendo podremos enseñar?

La respuesta, por supuesto, no está en la pandemia de COVID-19 sino en lo que, desde antes, queremos enseñar. Si nos interesa enfocarnos en la formación de profesionales con solidez técnica, capacidad crítica y posición reflexiva sobre sus propias prácticas que trabajen en pos de un sistema de salud, un país y un mundo más justos, democráticos e inclusivos, tenemos que rastrear en la pandemia y las reacciones que ha suscitado elementos que nos sean útiles. Exploraremos a continuación apenas tres de ellos.

## La salud es la salud internacional

Las relaciones entre países (económicas y bélicas, de coloniaje, de emancipación conjunta) y los flujos de personas (sean migratorios, turísticos o de frontera) son importantes determinantes de la salud individual y colectiva, como lo demuestra la pandemia que estamos viviendo.

Por un lado, saber dónde estuvo recientemente, de qué y con quiénes trabaja la persona que atendemos es un dato clave en la entrevista clínica que en este momento define la conducta a seguir. A su vez, **debemos prestar atención al riesgo de que nosotrxs o quienes nos rodean entremos en la inercia de relacionar las características fenotípicas o el lugar de nacimiento con el riesgo de contagio y reproduzcamos conductas racistas disfrazadas de**



**cuidado** (hubo ejemplos desastrosos de discriminación a niñas y niños de origen chino en escuelas al principio de la pandemia).

Por otro, podemos interpretar y predecir el curso de expansión de una enfermedad contagiosa conociendo los movimientos habituales de gente, mercancías y servicios. Es interesante que pese a que Wuhan fue señalada, por su importante rol en la red de transportes china, desde novelas de la década de 1980 como potencial fuente de una pandemia, Europa y Estados Unidos tardaron mucho más de lo conveniente en tomar las precauciones necesarias.

**[** *La inacción, la duda y la falta de oportunidad producen más contagio y más muertes.*

Por último plantearemos un aspecto fundamental a la hora de pensar la enseñanza en salud: la lógica colonial del conocimiento. Está naturalizado que el saber “válido” se produce en el Norte global (EE.UU. y Europa) y circula unidireccionalmente hacia el resto del planeta. Eso hace que las formas y el contenido de la investigación científica puedan funcionar como herramientas para perpetuar la dominación y el rol subordinado de la ciencia del Sur. Esta pandemia, que dejó al desnudo el fracaso de los países centrales para contenerla, abre la posibilidad a un desarrollo surgido de la periferia que puede abarcar desde la investigación básica hasta la producción de nuevos textos de estudio sobre los más diversos temas con una nueva mirada.

### **Una enorme parte de lo que sucede depende de decisiones**

**La COVID-19 constituye una refutación trágica de toda posición fatalista. No hay un curso natural e irremediable de los acontecimientos.** Durante las últimas semanas fuimos espectadores de la toma de decisiones de los líderes mundiales sobre el mismo asunto con posiciones y resultados muy dispares. Vimos que la inacción, la duda y la falta de oportunidad producen más contagio y más muertes. Pudimos comprobar que quienes optaron por no



actuar, o actuar a destiempo también formularon la falsa dicotomía cuidado/economía y optaron por la segunda. Son los mismos que desde que asumieron en sus respectivos cargos de gobierno sostienen posiciones antiestatales, de predominio del mercado sobre los derechos y de defensa de las corporaciones en perjuicio del pueblo trabajador. A su vez, vimos que las medidas tomadas desde una lógica de cuidados y con el Estado como garante de derechos parecen ser las que mejores resultados tienen en términos de salud.

## Estudiar historia sirve

**Una de las decisiones más trascendentes para entender el presente y proyectarse al futuro es el modo en que contamos y entendemos el pasado. Además de enseñarnos de los errores para no repetirlos (algo que no suele funcionar demasiado), localizarnos en la historia sirve para explicar de dónde venimos y hacia dónde vamos.**

Podemos tomar, por ejemplo, la epidemia de fiebre amarilla que padeció Buenos Aires en 1871 y compararla con nuestro presente. En aquel entonces, después de la guerra genocida de la triple alianza financiada por la banca inglesa, por priorizar el comercio y los festejos del carnaval se negó el brote hasta que fue demasiado tarde. Las autoridades nacionales y provinciales huyeron de la ciudad, murió aproximadamente un diez por ciento de la población porteña y la asistencia estuvo a cargo de comisiones populares.

Hoy es el Estado el que se pone al frente de la organización de las tareas de cuidado, prevención y tratamiento. Se ubica en una línea histórica que reivindica la salud como un derecho y la justicia social como una meta. Eso nos proyecta hacia el futuro con la oportunidad de continuar, pasada la pandemia, construyendo un sistema de salud nacional e integrado. Nos toca pensar qué y cómo incorporaremos la perspectiva internacional, política e histórica a la enseñanza en salud para aportar desde nuestro puesto a esa construcción.

\* Médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Presidente de Fundación Soberanía Sanitaria y Director del Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte de la Universidad Nacional de José C. Paz.



## Federico, el explicador

▪ Por María Victoria Anadón

En el transcurso de la pandemia, analizada a lo largo de este número especial, quienes formamos parte del colectivo que elabora esta publicación, sufrimos la pérdida de uno de los nuestros. Federico Kaski falleció el miércoles 15 de abril.

Médico psiquiatra, sanitarista, fundador de Soberanía Sanitaria, tuvo múltiples y variadas actividades políticas. Aquí, fue responsable de varios informes y dossiers, escritor de innumerables notas, lector revisor y corrector. Federico estaba ejerciendo un cargo de responsabilidad en el ámbito de la salud pública a partir del 10 de diciembre de 2019.

Como autoridad en el PAMI, junto a su directora, diseñó un programa que permitió el acceso gratuito de las personas mayores a los medicamentos, ampliando sus derechos. Los meses que fue funcionario continuó haciendo lo que entendía como una actividad imprescindible: estar disponible para todos los que tuvieran una necesidad pudieran encontrar una respuesta desde el sistema de salud lo más rápidamente posible, sin importar en cuál de sus subsistemas estuviera la clave.



No es fácil escribir sobre alguien que acaba de morir y no caer en la tentación de convertirlo en un mártir. Lejos de iniciar los trámites de su canonización, quisiera poder retratarlo en su justa dimensión: un joven hombre apasionado por la política. En su homenaje, quiero decir que este es el momento para hablar de política, porque vuelve, como nunca y más que siempre, a formar parte del debate sobre el rol del Estado y es imposible debatir sobre el Estado sin la centralidad de la política.

Federico tomó una decisión: transitar la incomodidad que la militancia política lleva implícita. Fascinante, polémica, llena de adrenalina. La política tiene, sin embargo, solo una constante: la incomodidad. En una sociedad que comunica y educa para que el éxito sea la acumulación y el crecimiento individual, quien define construir desde lo colectivo, se expone a andar a contramano, incluso en los espacios propios. Sobre todo quienes, como Federico, tenían un futuro de bonanza económica asegurada. Romper con lo establecido, implica valentía y tiene siempre costos y consecuencias.

Federico habitaba la incomodidad y abrazaba causas justas, pero también se aferraba caprichosamente a un argumento porque gustaba de los debates, de patear tableros o, simplemente, porque se volvía obtuso en alguna posición. Alguien lo definió como un gran divulgador de las cuestiones sanitarias. Federico “El explicador” era también un compañero que disfrutaba escuchar y leer las intervenciones de otros, las comentaba, las subrayaba, las incorporaba. Una rareza en un mundo de enamorados de sus propias voces.

Federico dio discusiones y no siempre las ganó. Pero entendía las disputas y sus límites y siempre concluía que no hay que enamorarse de la herramienta, que podemos ir por nuestros sueños aunque no nos den la razón. “*Solo quien está seguro de no quebrarse cuando, desde su punto de vista, el mundo se muestra demasiado estúpido o demasiado abyecto para aquello que él ofrece; solo quien frente a todo esto es capaz de responder con un ‘sin embargo’; solo un hombre de esta forma construido tiene ‘vocación’ para la política.*”<sup>1</sup> Ese era Federico, un eterno buscador de “sin embargos”, un imprescindible.

\* Weber, M. (1919). La política como vocación.

