

ENFERMOS DE DESARROLLO: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe

SICK OF DEVELOPMENT: SARS-CoV-2 critical links for Latin America and the Caribbean

ENFERMOS DE DESENVOLVIMENTO: SARS-CoV-2 links críticos para a América Latina e o Caribe

DOSSIÉ

Gonzalo Basile

Director e investigador del Programa de Salud Internacional
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
gbasile@flacso.org.do
República Dominicana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541>

Texto recibido aos 23/09/2020 e aprobado aos 07/12/2020

Resumen

El presente artículo identifica los eslabones críticos que caracterizan la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 con pretensiones totalizantes, reproducibles, monoculturales, únicas y universales aplicados tanto al Estado como a las sociedades latinoamericanas y caribeñas. Se analizan y caracterizan cuatro eslabones: el primero, el metabolismo sociedad-naturaleza como determinación del proceso pandémico y el fortalecimiento de una geopolítica de poder en la creciente expansión de la agenda de seguridad sanitaria global como prioridad del sistema mundo acelerado, asimétrico y deshumanizado imperante, un segundo eslabón crítico, en las bases de una epidemiología y salud pública gobernada por la microbiología en el diseño y gestión de las intervenciones frente al riesgo epidémico individual y colectivo, en tercer lugar, articulado a esto la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática preeminente del lenguaje sociopolítico de las relaciones humanas y sociales para pensar una epidemia articulado a lo que denominamos la transferencia de los clásicos protocolos clínicos e institucionales de prevención y control de infecciones hospitalarias como medidas sanitarias poblacionales masivas reproducidas hacia la sociedad, y el cuarto eslabón, es sobre los híbridos y rápidos arreglos institucionales a Sistemas de Salud fragilizados, segmentados y desfinanciados crónicamente. Por último, se esbozan las potencialidades de un horizonte de refundación de los sistemas sanitarios sobre las bases del pensamiento crítico en salud para hilvanar una defensa del vivir bien de las sociedades del Sur.

Palabras clave: SARS CoV-2 - Microbiología - Seguridad Sanitaria Global – Sistemas de Salud – Salud Internacional Sur Sur – Pensamiento crítico latinoamericano en salud



This work is licensed under an Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Abstract

This article identifies the critical links that characterize SARS-CoV-2's response to public health emergency with totalizing, reproducible, monocultural, unique and universal claims applied to both the State and Latin American and Caribbean societies. Four links are analyzed and characterized: the first, societal-nature metabolism as a determination of the pandemic process and the strengthening of a geopolitics of power in the increasing expansion of the global health security agenda as a priority of the fast-paced, asymmetrical and dehumanized world system prevailing, a second critical link, on the basis of an epidemiology and public health governed by microbiology in the design and management of interventions against individual and collective risk, thirdly, articulated to this the reagentization of the doctrine of contagion in the 21st century as pre-eminent grammar of the socio-political language of human and social relations to think of an epidemic articulated to what we call the transfer of the classic clinical and institutional protocols for the prevention and control of hospital infections as massive population health measures reproduced towards society, and the fourth link, is about hybrid and rapid institutional arrangements to chronically weakened, segmented and definanciated health systems. Finally, the potentials of a horizon of refoundation of health systems are outlined on the basis of critical health thinking to spinning a defence of the good living of Southern societies.

Keywords: SARS CoV-2 - Microbiology - Global Health Safety - Health Systems - South South International Health - Latin American Critical Thinking on Health

Resumo

Este artigo identifica os elos críticos que caracterizam a resposta do SARS-CoV-2 à emergência de saúde pública com reivindicações totalizadoras, reprodutíveis, monoculturais, únicas e universais aplicadas às sociedades do Estado e da América Latina e do Caribe. Quatro elos são analisados e caracterizados: o primeiro metabolismo social-natureza como determinação do processo pandemia e o fortalecimento de uma geopolítica de poder na crescente expansão da agenda global de segurança da saúde como prioridade do sistema mundial acelerado, assimétrico e desumano predominante, um segundo elo crítico, com base em uma epidemiologia e saúde pública regida pela microbiologia no projeto e gestão de intervenções contra o risco individual e coletivo de risco, em terceiro lugar, articulada a isso a reagentização da doutrina do contágio no século XXI como gramática preeminente da linguagem sociopolítica das relações humanas e sociais para pensar em uma epidemia articulada ao que chamamos de transferência dos protocolos clínicos e institucionais clássicos para a prevenção e controle de infecções hospitalares como medidas massivas de saúde populacional reproduzidas em relação à sociedade, e o quarto elo, trata-se de arranjos institucionais híbridos e rápidos para sistemas de saúde cronicamente enfraquecidos, segmentados e desfinanciados. Finalmente, os potenciais de um horizonte de refundação dos sistemas de saúde são delineados com base no pensamento crítico da saúde para girar uma defesa da boa vida das sociedades sulistas.

Palavras-chave: SARS CoV-2 - Microbiologia - Segurança Global em Saúde - Sistemas de Saúde - Saúde Internacional do Sul - Pensamento Crítico Latino-Americano sobre Saúde

L “a única certeza es la incertidumbre” plantea Edgar Morin (1999). Es un momento de incertidumbres, donde pareciera útil revisar cómo se observa, estudia y analiza la pandemia global y los riesgos epidémicos particulares y singulares de cada país. Revitalizar la teoría crítica en salud, implica sobre todo en el contexto particular regional recuperar la capacidad de preguntar(se) y asumir con humildad el conocimiento sanitario como campo de lo complejo, contingente y multidimensional (Almeida-Filho, 2006). Estudiar y observar los lenguajes, acciones, políticas y operacionalizaciones que se activaron en la pandemia y las epidemias, es partir de donde encontrar las fundamentaciones de lo que se presenta como una matriz única positivista, universal y reproducible en el afrontamiento al SARS-CoV-2.

Este artículo entonces busca caracterizar el gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 guiada por una racionalidad inherente a una *biomedicalización radical* que puso en el centro de la estrategia mundial y regional una epidemiología y enfermología/salud pública colonizada por la protocolización de la microbiología transferida a las dinámicas de la vida en sociedad y la reproducción de parámetros de seguridad global en salud ante la destrucción acelerada del capitalismo.

Este artículo identifica, a partir de la revisión documental y de experiencias país, cuatro eslabones críticos en los procesos de gobierno con pretensiones totalizantes en el Estado y en la sociedad latinoamericana y caribeña:



El eslabón de la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática del lenguaje sociopolítico para pensar la pandemia y las epidemias junto con un arsenal de transferencias de protocolos de prevención y control de infecciones hospitalarias a la vida en sociedad, se articula con lo que denominamos *el gobierno* de la microbiología en la respuesta al riesgo epidémico del SARS-CoV-2, tercero, los arreglos híbridos en los sistemas de salud como aparatos burocráticos externos a la sociedad y por último, estos tres eslabones respondiendo a la geopolítica de la seguridad sanitaria global planteada como prioridad de salud global liberal y la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de la Salud(OMS) articulados a los engranajes del sistema mundo ecocida imperante (Basile, 2020a).

Sobre esta matriz de análisis de eslabones críticos, el presente artículo desarrolla una revisión detallada de estos cuatro procesos que tiene que enfrentar el pensamiento crítico latinoamericano en salud, para analizar, caracterizar e interpretar las lógicas que se reproducen en el escenario regional de respuesta al riesgo epidémico de SARS-CoV-2. Entendiendo y

definiendo *eslabones*¹ con dos de sus posibles acepciones según la RAE como piezas enlazadas en un proceso.

Determinación internacional del SARS-CoV-2 en el Metabolismo entre Sociedad-Naturaleza

“Nuestra presencia aquí y ahora coincide con la formación de una conciencia global de que los modos de producir, de comerciar, de consumir, de aprender, de relacionarnos con la naturaleza, de comunicarnos, y de hacer cultura, que el Capitalismo mundial ha producido, son lo opuesto de lo que debemos hacer para forjar el bienestar de la humanidad y proteger la vida sobre la Tierra”.

Jaime Breilh (2012)

El proceso crítico de aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización y financierización de la vida, con producción de inequidades por género, clase social y étnico-racial, con deshumanizante exclusión social y destrucción ecológica ecosistémica es quizás la marca característica del capitalismo del siglo XXI (Breilh y Tillería Muñoz, 2009).

Aunque el capitalismo como sistema social hegemónico imperante

¹ Diccionario Real Academia Española – <https://dle.rae.es/eslab%C3%B3n>

1. m. Pieza en forma de anillo o de otra curva cerrada que enlazada con otras forma cadena. U. t. en sent. fig.

2. m. Elemento necesario para el enlace de acciones, sucesos, etc.

colonizó al ser humano, produjo cambios radicales en sus mecanismos, velocidades y lógicas de acumulación entre mediados del siglo XX y el siglo XXI con impactos crecientes en las sociedades y también a su vez fue dejando profundas huellas y cimientos en los Estados latinoamericanos y caribeños.

Hay múltiples versiones e interpretaciones del origen y evolución del SARS-CoV-2, aunque más allá de las dinámicas de reproducción social y epidemiología virológica, todas significan saltos del metabolismo sociedad-naturaleza en el siglo XXI.

Cuando diciembre del 2019 se comienzan a identificar una cada vez mayor frecuencia de nuevos casos de neumonía infectada por coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, una gran ciudad de 11 millones de personas en el centro de China. El 29 de diciembre de 2019, los primeros 4 casos reportados, todos vinculados al Mercado Mayorista de Mariscos de Huanan (sur de China), fueron identificados por hospitales locales utilizando un mecanismo de vigilancia para "neumonía de etiología desconocida" que se estableció a raíz de la estela del brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) del 2003 con el objetivo de permitir la identificación oportuna de nuevos

patógenos como 2019-nCoV (Qun Li, 2020). La presunción de casos por exposiciones zoonóticas o ambientales estuvo desde el inicio presente.

Así el brote de coronavirus (SARS-CoV-2) podría surgir dentro de la comercialización de animales silvestres (murciélagos, serpientes, otros), con la mayoría de los primeros casos en trabajadores jornaleros chinos en precarias condiciones de protección laboral y sanitaria en el trabajo.

Es decir, el origen de la enfermedad sea en esta descripción anterior -u otras versiones- es un claro *trasvasamiento* de la naturaleza a la sociedad. Debe ser leído en clave de metabolismo entre la Naturaleza y la Sociedad que permite reconocer la interdependencia del ser humano con la naturaleza:

“es un proceso que genera una situación de determinación recíproca entre la sociedad y la naturaleza; así, la forma en que los seres humanos se organizan en sociedad determina la forma en que ellos afectan, transforman y se apropian a la naturaleza, la cual a su vez condiciona la manera cómo las sociedades se configuran”.
Víctor Toledo y Manuel González (2005)

Para la epidemiología el metabolismo Sociedad-Naturaleza,

estructura un proceso socialmente determinado de las formas de vivir, enfermar y morir. Donde prima el *antropocentrismo* implicará que la acelerada destrucción, manipulación, mercantilización de la sociedad sobre lo natural (madre tierra, ecosistemas), genera de forma cada vez más recurrente y rápida complejos procesos de subsunción y subordinación de la naturaleza a las necesidades de acumulación social que producen transformaciones mutuas de la sociedad en el ambiente, y del ambiente impactando en la sociedad.

La conexión entre lo natural, lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, a algo “natural” o “catastrófico”, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento antes descriptos.

Los cambios en las dinámicas poblacionales de urbanización malsana y ecológicamente insustentables, la pérdida del equilibrio natural de los ecosistemas, la introducción de especies exóticas, tráfico ilegal o caza, el uso intensivo de agrotóxicos y contaminación de la tierra y agua, producción masiva de

desechos, deforestación crítica, cría intensiva de ganado con uso de antibióticos, monopolios de cadenas alimentarias, en definitiva, territorialidades de acumulación y de desposesión, la brutal y acelerada depredación de la sociedad sobre la naturaleza es quizás la mayor amenaza hoy a la salud colectiva.

El SARS-CoV-2 es un proceso salud enfermedad determinado por este metabolismo Sociedad-Naturaleza. Por ello es clave de comprensión que la determinación social de la salud y la vida “*va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza*” (Breilh, 2013).

Tabla 1–Comparativa de patógenos y procesos destructivos socioambientales – Año: 1994-2019

Año del brote estudiado	Patógeno	Proceso destructivo socio-ambiental	Patogenicidad	Vía de transmisión
1994	Virus Hendra (HeV)	Contacto directo con hospedadores intermedios, deforestación y urbanización, cambios climáticos, hábitos socio culturales.	Virus del género <i>Henipavirus</i> , de la familia <i>Paramyxoviridae</i> . Los murciélagos frugívoros (<i>Pteropus</i>) son los reservorios naturales del virus.	Hospedador principal: Zorros voladores (murciélagos frugívoros), hospedador intermedio: Caballos Vía de transmisión: contacto con saliva, fluidos de hospedadores y posibilidad de contaminación ambiental.
1995	H5N1	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de aves, explotación doméstica de aves, contaminación ambiental de patógenos por aves migratorias y aves acuáticas.	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	Hospedador principal: Aves acuáticas y aves silvestres. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral.
1999	Nipah virus (NiV)	Deforestación y quema, urbanización, mala gestión de granjas porcinas, modificación de hábitos alimenticios murciélagos, sequías e inundaciones, proximidad a zonas silvestres.	Virus perteneciente al género <i>Henipavirus</i> de la familia <i>Paramyxoviridae</i>	Hospedador principal: Murciélago frugívoros Hospedador intermedio: Cerdos. Vía de transmisión: contacto con animales enfermos o ingesta de palmera datilera
1999-2002	H9N2	Mercados húmedos, propagación en granjas domésticas e industriales, alimentación con piensos (aflatoxinas).	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	Hospedador principal: aves acuáticas, aves silvestres. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral.
1999-2002	H7N7	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de aves, explotación doméstica de aves, contaminación ambiental de patógenos por aves migratorias y aves acuáticas.	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i> .	Hospedador principal: aves acuáticas, aves silvestres. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral.
2002-2003	SARS-CoV	Comercio legal e ilegal de animales vivos, en mercados húmedos, ingesta de carne procedente de caza, viajes internacionales.	Virus perteneciente la subfamilia <i>Orthocoronavirinae</i> , familia <i>Coronaviridae</i> .	Hospedador principal: Murciélagos. Hospedador intermedio: Civetas Vía de transmisión: Matanza de animales y contacto con secreciones, cría de fauna silvestre, entre humanos.
2009	H1N1	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de cerdos y uso de antibióticos. Material genético proveniente de una cepa aviaria, dos cepas porcinas y una humana que sufrió una mutación y dio un salto entre especies de los cerdos a los humanos	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	Hospedador principal: cerdos. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral, gatos, perros, animales marinos. Hospedador transmisor: Cerdo.

2012-2013	MERS	Desconocido, contacto con camellos y dromedarios.	El virus infeccioso de ARN monocatenario envuelto, de sentido positivo, que ingresa a su célula huésped al unirse al receptor DPP4. La especie es miembro del género Betacoronavirus y del subgénero Merbecovirus.	Hospedador principal: Murciélagos. Hospedador intermedio: Camellos y dromedarios. Vía de transmisión: Contacto directo con camellos y dromedarios, consumo de carne o leche de camello.
2013	H7N9	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de aves, explotación doméstica de aves, contaminación ambiental de patógenos por aves migratorias y aves acuáticas.	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	
2014	Ébola	Invasión de áreas boscosas, destrucción de bosques y desmonte por emprendimientos multinacionales de extractivismo (minería), fragmentación del hábitat, consumo de carne de hospedadores, alta densidad poblacional en zonas cercanas.	Virus perteneciente a la familia <i>Filoviridae</i> , género <i>Evolavirus</i> . Se identifican 6 especies: <i>Bundibugyo Evolavirus (BDBV)</i> , <i>Sudán Evolavirus (SUDV)</i> y <i>Zaire Evolavirus (EBOV)</i> , <i>Tai Forest Evolavirus (TAFV)</i> , <i>Bombai Evolavirus</i> , <i>Reston Evolavirus (REBOV)</i>	Hospedador principal: Murciélago frugívoro. Hospedador intermedio: Primates no humanos. Vía de transmisión: Matanza, caza de carne e ingesta.
2019 (desde 1960)	Dengue	Urbanización y segregación radical del espacio urbano. Uso intensivo de insecticidas y larvicidas. Artificialización de la naturaleza y producción masiva de desechos.	Virus RNA de la familia <i>Flaviridae</i> , género <i>Flavivirus</i> .	Los huéspedes incluyen primates y los seres humanos. El virus se transmite por la picadura de los mosquitos del género <i>Aedes</i> (<i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i>). No hay transmisión de persona a persona.
2014	Chikungunya	Urbanización y segregación radical del espacio urbano. Uso intensivo de insecticidas y larvicidas. Artificialización de la naturaleza y producción masiva de desechos.	Virus ARN del género <i>alphavirus</i> de la familia <i>Togaviridae</i> .	Vías de transmisión: Se transmite a través de picadura de mosquito <i>Aedes</i> (<i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i>) y raramente por transfusiones o a través de productos sanguíneos o transmisión materno-fetal. Otros huéspedes de vertebrados son los primates, aves, ganado y roedores.
2016	Zika	Urbanización y segregación radical del espacio urbano. Uso intensivo de insecticidas y larvicidas. Artificialización de la naturaleza y producción masiva de desechos.	Es un flavivirus ARN transmitido por mosquitos relacionados con otros de la familia <i>Flaviviridae</i> .	Vías de transmisión: Picadura de un mosquito infectado (<i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i>). Se ha aislado en un gran número de especies del género <i>Aedes</i> . También transmisión materno-fetal, sexual, transfusión de hemoderivados, trasplante de órganos y exposición de laboratorio.

Fuente: Paula Re, en matriz de publicación en CLACSO 2020.

Se asimilan como los costos sacrificiales del desarrollo (Machado Araoz, 2012), o costos inevitables del progreso. Se evidencia de forma particularmente violenta en la segregación territorial, socioespacial con las ‘zonas de sacrificio’ ambiental y social, un término adoptado por Marcelo Firpo-Porto (2013). Estos costos o sacrificios están intrínsecamente vinculados a una teorización del desarrollo que es asimilada con analogías al ciclo de la vida del ser humano con una visión lineal de la evolución económica de las sociedades con etapas naturales que Occidente se encargó de exportar y promover como cultura y hoja de ruta universal para alcanzar un tipo de calidad de vida (Rist, 2002). Con un esfuerzo por generar premisas en el carácter científico de esa teoría del desarrollo, supuso una conceptualización donde todos los Estados se dedicaban a vivir “en desarrollo”. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios. Presupone que las unidades individuales, las sociedades nacionales y Estados-Nación, se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados terminarán siendo más o menos lo mismo. Wallerstein (2006) dice: “*este truco de ilusionismo implica que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados*”. “*Desarrollo*

y subdesarrollo son dos caras de una misma moneda” (Santos, 2000).

Ahora bien, en este contexto de aceleración global como principal amenaza a la salud colectiva y la vida, por otro lado se consolida como respuesta una creciente medicalización de la seguridad global, considerando que la circulación de estas enfermedades infecciosas y nuevos patógenos entre las cuales se cuenta a las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el ébola, o actualmente el SARS-CoV-2, son amenazas internacionales especialmente para el Norte global (Basile, 2020a).

Este es un primer eslabón crítico para revisar: la geopolítica de la seguridad sanitaria global (Flor, 2018). Ideario que obliga a los Estados del Sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales del Norte global que a las necesidades reales de salud colectiva de sus sociedades (Rusthon, 2011). El nexo entre seguridad y salud se convirtió en una narrativa dominante dentro del campo de la salud y lo internacional en las últimas dos décadas.

Esta tesis geopolítica es el punto de partida de una interpretación que algunos ubican sus orígenes en el año 1989, cuando el virólogo estadounidense Stephen Morse presentó el término de enfermedad

infecciosa emergente (Emerging Infectious Diseases o EID). Durante la década de 1990 los expertos en salud y seguridad de los Estados Unidos interesados por este concepto comienzan a medir la amenaza internacional que suponía la emergencia de nuevos virus desconocidos hasta entonces para su seguridad nacional (Flor, 2018). Así inundan la literatura sanitaria de las *enfermedades emergentes y reemergentes*.

A nivel mundial a partir de la consolidación de la *salud global* liberal (Basile, 2018), el actor que vino reclamando considerar que esta denominación de enfermedades emergentes constituía una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, por sus siglas en inglés) argumentando que podían afectar negativamente tanto a sus intereses comerciales internacionales, geopolíticos como a la salud pública de sus ciudadanos. La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de la *securitización sanitaria*, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional de los EE.UU. (King, 2002) pero sin considerar en lo más mínimo a las causas estructurantes en el metabolismo sociedad-naturaleza que condicionan la aparición de estas nuevas enfermedades antes descritas (Basile, 2020b).

A partir de la geopolítica de la seguridad sanitaria mundial se fue construyendo un régimen de gobernanza global asociado sin considerar en lo más mínimo la aceleración de la colonización de la naturaleza (Escobar, 2011) y sus impactos sobre la salud colectiva, o la propia reconfiguración y mercantilización de bienes públicos y comunes para la vida (ej: privatización sistemas sanitarios, otros).

La propia autoridad médica internacional de la OMS estuvo por años presionada por las demandas permanentes de EE.UU. e incluso Canadá para responder a esta lógica de seguridad sanitaria global. La OMS, como suele suceder en últimos 30 años, asume una función clara de responder a los intereses geopolíticos del Norte global (Davies, 2008). Para adecuar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional a estas exigencias, las tecnocracias de la OMS revisaron la última regulación del Reglamento Sanitario Internacional que estaba vigente desde mediados de 1950 y diseñaron una nueva estrategia de identificación, alerta y respuesta a los brotes epidémicos (Fidler, 2005). Así, entre 1995 y 2005 se crearon las dos principales estrategias que componen el actual sistema de vigilancia epidemiológico global que es el GOARN (*Global Outbreak Alarm Response Network*) y las preparaciones pandémicas. Así con la Red Global de

Respuesta a Alertas de Brotes (GOARN, por sus siglas en inglés), la OMS mantuvo un aparente dominio y éxito en mostrarse como el actor principal para abordar las amenazas de enfermedades para el Norte y responder a estos intereses geopolíticos. Esta estructura se complementa con una serie de ONGN (Organización No Gubernamentales del Norte) y actores no estatales que responden al régimen global de seguridad sanitaria.

De este modo se diseña el vigente sistema de vigilancia epidemiológico global que es considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS contribuyeron a construir (Flor, 2018). Lo cual traza la poca sorpresa para algunos que una epidemia en fase de afectación pandémica principalmente para el Norte global en Estados Unidos, Canadá y Europa (OWD-Oxford University, 2020), paralice al sistema-mundo entero y replantea las reglas del juego. No por la pandemia en sí misma, sino que se replantea en ese centro global una pregunta: *¿para qué sirve este sistema (léase la propia OMS) que creamos?* El descrédito de la OMS en varios países del complejo político liberal (EE.UU., Reino Unido, Australia, entre otros) es creciente. Por supuesto que en gran medida la afectación particular de Europa y Estados Unidos es lo que muestra una

especial alerta, financiamiento, sobre atención y respuesta global de total prioridad para la seguridad sanitaria por el impacto geopolítico epidemiológico. Una vez pasada la afectación en el centro global, habrá que monitorear la respuesta al proceso pandémico y epidémicos en la periferia (Basile, 2020b). No alcanzarían las líneas para disponer de ejemplos de otras epidemias y endemias y sus cifras de impacto en millones de vidas humanas en África, en América Latina y el Caribe o en las dinámicas destructivas en el Sur global que anualmente acumulan enfermedad y muertes evitables. Daría la impresión de que nunca se hubiese logrado la misma atención ni respuesta.

Como señala Flor (2018) las agencias de seguridad y los centros de investigación de Estados Unidos no dirigieron sus esfuerzos a estudiar y transformar los procesos estructurantes de estas enfermedades sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológica global que pudiera responder y alertas a las amenazas a “su” seguridad (Aldis, 2008). De ahí la aparición en cadena de los centros de estudios que desde el Norte global centralizan trabajar este marco teórico y metodológico que coloniza la comprensión de las epidemias, pandemias, otras emergencias de salud pública: *Johns Hopkins Center for Health Security, Global*

*Health and Security Executive Program Harvard Kennedy School and Harvard Medical School, Harvard Center for Risk Analysis, Oxford Centre for Tropical Medicine and Global Health, Global Health Security Index, Walter Reed Army Institute of Research*², entre otros. Referencia llamativa en este sentido, es el Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud en asociación con el Foro Económico Mundial de Davos y la Fundación Bill y Melinda Gates organizaron el “Evento 201” (CJHHS, 2019), un ejercicio pandémico de alto nivel realizado el 18 de octubre de 2019 en la ciudad de Nueva York. El ejercicio ilustra las áreas en las que serían necesarias alianzas público / privadas durante la respuesta a una pandemia severa para disminuir las consecuencias económicas y sociales a gran escala”, dice la página del «Evento 201, a *Global Pandemic Exercised*». La enfermedad escogida como pandemia para el modelaje fue un Coronavirus (CJHHS, 2019).

La seguridad sanitaria global es un concepto modificado dependiendo el contexto, el patógeno y quién / qué está en riesgo (Flor, 2015). Las múltiples gramáticas de seguridad en la narrativa de la seguridad sanitaria mundial implicaron formas y lentes de abordajes desde los casos

como el VIH-SIDA, SARS o las gripes pandémicas, el ébola, el zika, entre otras amenazas. Esto sugiere que existe una variación y readecuación reflejada en el lenguaje utilizado para distinguir los diferentes problemas de salud colectiva dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global (Wenham, 2019).

Esta tendencia incluye año tras año un creciente protagonismo de intervenciones militares entendiendo a la salud como problema de seguridad nacional (McInnes, 2006). La participación militar nacional de China en la preparación y respuesta a brotes de influenza y SARS, la red de vigilancia liderada por militares de Perú, las actividades militares de detección de VIH de Tailandia, el control de vectores militarizados de Brasil y otros países de la región por el Zika y Dengue, la gestión del cólera por las fuerzas armadas en Zambia, los buques e incursiones del Comando Sur en Latinoamérica para atención médica de enfermedades desatendidas, y la lista continua. Esto es conceptualmente diferente con el cambio en paralelo producido desde la seguridad sanitaria mundial en la participación de militares en cuasi invasiones internacionales para responder a las preocupaciones de enfermedades infecciosas externas al Norte global como

² ShareAmerica – “El Ejército estadounidense tienen un largo historia en detener contagios”. Recuperado en:

<https://share.america.gov/es/las-fuerzas-armadas-de-ee-uu-tienen-un-largo-historial-en-detener-contagios/>

fue el caso del ébola en Sierra Leona, Guinea y Liberia donde desembarcaron ejércitos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Francia, entre otros (Burci, 2014). Es un *modus operandi* con botas en el suelo para combatir la amenaza de una enfermedad. En África esas fuerzas militares comandaron las cuarentenas, la segregación y los centros de confinamiento (Honigsbaum, 2017).

El discurso del *excepcionalismo* (Ingram, 2013), con o sin fracasos generalizados, está produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al *normalizar* el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares dependiendo el país) en la respuesta de emergencias de salud pública.

El “estado de guerra” a una enfermedad -demostrado en el caso del ébola y actualmente en SARS—CoV-2- puede debilitar gravemente las acciones fundamentales de los servicios de salud pública generales, de atención básica centrada en la comunidad, de la vacunación, de la respuesta a las enfermedades endémicas, de la salud de las mujeres, del cuidado y la protección sanitaria, es decir, produciendo *arreglos* en sistemas de salud con inyección de anabólicos de respuesta (Heymann, 2015).

Frente a este proceso, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de

referencia desde la salud internacional sur sur (Basile, 2018) para poner en el centro el papel que juegan las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción geopolítica de los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza, el neoliberalismo y capitalismo del desastre (Basile, 2020b). Este sistema mundo tiene una nueva autoridad sanitaria internacional que emergió con la salud global liberal que quedó olvidada en el tránsito de la actual pandemia: las fundaciones filantrópicas, el complejo industrial farmacéutico y organizaciones financieras y de comercio incluyendo el Banco Mundial (BM), Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Mundial del Comercio (OMC) que pasaron a ser actores centrales de la agenda sanitaria global (Basile, 2018). La llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a las reformas de los sistemas de salud en varios países tuvieron asociación y coordinación directa con la propia OMS y OPS, agencias que actualmente lideran la respuesta sanitaria. Con la paradoja que los mismos actores globales y regionales que promovieron la fragilización de los sistemas y programas de salud pública, son los que por otro lado aparecen como autoridad sanitaria global

“de hecho” en el actual contexto de pandemia SARS-CoV-2.

La narrativa de seguridad sanitaria mundial y de seguridad sanitaria nacional, que ya se había afianzado en el panorama mundial de la salud y el discurso de formulación de políticas, encuentra en la “guerra” al SARS-CoV-2 una plataforma de reproducción global. Este proceso sigue la lógica de titulización de la Escuela de Copenhague, según la cual cualquier problema puede ser percibido como una amenaza a la seguridad *"no necesariamente porque exista una amenaza existencial real sino porque el problema se presenta como una amenaza"*. Es decir, la clave para esta comprensión de la securitización de la salud no es la 'amenaza' real de un patógeno y/o enfermedad sino un acto de narración exitosa -dice Wenham (2019)- *'a través del cual se construye una comprensión intersubjetiva dentro de una comunidad política para tratar algo como una amenaza existencial para un objeto referente, [generando] el respaldo de medidas excepcionales de emergencia más allá de las reglas que de otro modo estarían obligados'*.

Esto tendrá (y tiene) repercusiones tangibles para las operaciones de seguridad sanitaria mundial, y se corre el riesgo de poner en peligro de naturalización y aceptación futura por parte de las

sociedades a nivel global, regional y nacional de intervenciones de seguridad sanitaria mundial a partir de intervenciones militares y de policía médica, y por lo tanto asociado a esto también poner en (re)activación la capacidad de promulgar medidas extraordinarias que pueden ser siempre necesarias, es decir, una política de la excepcionalidad como nueva regla constitutiva en la respuesta a las emergencias de salud pública y desastres en el siglo XXI.

Los ensayos experimentales de la Microbiología salubrista en el gobierno del SARS-CoV-2

Los sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad que expresan la microbiologización de la ciencia biomédica en el gobierno de la salud pública actualmente en el marco de SARS-CoV-2 generaron un complejo espiral de patologización de la sociedad, neohigienismo, conductismo individual como cuerpo teórico-metodológico (Basile, 2020b).

Foucault (1999), en el “Nacimiento de la Clínica”, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basándose su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la

muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar. Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera a principios del siglo XX, que era posible construir una *enfermología* pública (Granda, 2004), que se denominará salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones. Con el método científico positivista basado en la idea de la verdad universal. Este paradigma y maquinaria es la que se encuentra en operaciones.

“Al igual que la Medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la Salud Pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene. Esta metáfora del Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo XIX y a inicios del XX... El salubrista del siglo XX está encomendado, entonces, a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no sólo debe ser intervenida

con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa”.

(Granda, 2004)

Para Edmundo Granda (2004) las características de la salud pública convencional a la que denominará *Enfermología Pública*, son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud;
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social;
- El reconocimiento del poder del Estado como *un mago* de fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y control de riesgos; con los presupuestos funcionalistas de interpretar como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones.

Esta salud pública convencional fue colonizada por el gobierno de una biomedicina microbiológica al mando de la gestión, planificación, preparación y respuesta poblacional al SARS-CoV-2 (Basile, 2020a).

En la actual pandemia global y epidemias particulares se construyó una gramática y lenguaje de afrontamiento que delimitaron los campos del saber y del hacer frente al SARS-CoV-2.

Las categorías de "lugar", "tiempo" y "persona" que continuaron utilizando como piedra basal de medidas cuantitativas de frecuencia(tiempo) y distribución la epidemiología del siglo XX sobre el SARS-CoV-2, sigue sometiendo al pensamiento de la salud pública convencional a un encuadre empirista que produce un congelamiento de los procesos de salud-enfermedad como fenómenos esencialmente individuales, estáticos, pasivos, asistenciales y curativos que se registran como un conjunto de eventos aislados y sueltos: contar enfermos, muertos e identificación de factores de riesgo (Breilh, 2013).

Esta visión que permea los sistemas, servicios y programas de salud pública refleja en los establecimientos sanitarios instrumentos de atención centrados en la carencia o pérdidas físicas-biológicas individuales, focalizada en la enfermedad y en el ajuste de los estilos de vida de los individuos.

Estas categorías de análisis y escalas de observación y registro son importantes de comprender, ya que producen una interpretación *reduccionista* de los procesos salud-enfermedad de la sociedad, de los grupos y poblaciones, los modos de vida y sus intersecciones por clase social, etnia y género. Estas (im)compresiones impactan directamente en los sistemas de información en salud en general volcando

fuentes secundarias consolidadas de registros de servicios, establecimientos, autoridades sanitarias, atenciones individuales-curativas con la inexistencia o incapacidad en las grandes extensiones territoriales latinoamericanas y caribeñas de notificar de forma sistemática y vertical la información de los modos de vivir, enfermar y morir.

Otro efecto significativo en esta pandemia es el incremento vertiginoso de la utilización de mapas. Como señala Luisa Iñiguez Rojas (1998) estos no eliminan sino reproducen las deficiencias de la información en salud de las unidades de análisis, de la consolidación de la biomedicalización de la cartografía sanitaria. Los mapas pueden también convertirse en un recurso peligroso, al conseguir de una forma atractiva reducir la preocupación por las limitaciones de la calidad de la información y de las unidades de medición, además de incorporar otras nuevas deficiencias derivadas del desconocimiento o utilización incorrecta de métodos de representación cartográfica de la producción del espacio social (Santos, 2000).

La complejidad de epidemias particulares, en momentos particulares, en territorialidades y poblaciones particulares, son estudiadas y abordadas con unidad de análisis y de escalas de observación

individuales, biomedicalizadas, asistencial-curativa. Pero estos sesgos son invisibilizados. Por el contrario, en tiempo real se continúan enunciando conclusiones de carácter general, totalizante y a puro empirismo científico sobre el SARS-CoV-2 basado en estos presupuestos reduccionistas y *enfermológicos* (Granda, 2004).

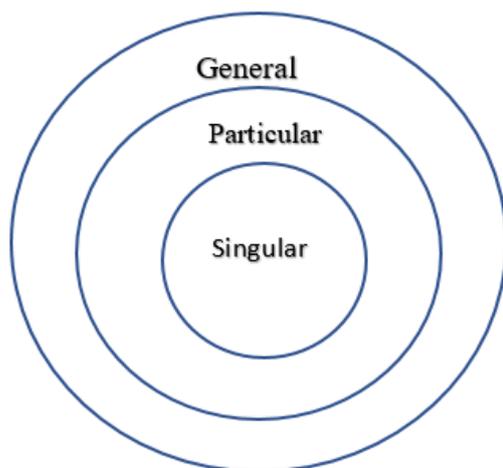
Estos presupuestos jugaron un rol crucial a la hora de la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI y un sistema político-médico que establece en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si viven o mueren y en mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Estas tesis del siglo XIV y XV fueron revisitadas y reactualizadas a gran velocidad (Basile, 2020a).

La conversión de las ciudades y territorialidades latinoamericanas y caribeñas en grandes *lazaretos* (Fernández Carril, 1865) remite a la idea que es posible crear una gran muralla simbólica de contención y eliminación del *contagio* de la enfermedad. Pero, paradójicamente, la propia enfermedad se encuentra circulante

dentro de las mismas ciudades y sociedades. Se trata, en definitiva, de construir un espacio cerrado, sujeto a una normativa específica, la cuarentenaria. No es una simple barrera que impidiese el paso de una epidemia, sino el lugar del cual solamente se puede salir temporalmente sano, purificado (Bonastra, 2010).

La medicina social y salud colectiva (Paim, & Almeida Filho, 1999) sostuvo durante décadas que la salud era un proceso social históricamente determinado, un movimiento dialéctico con niveles y dimensiones en lo general, particular y singular. Es decir, aunque el proceso de salud-enfermedad-atención es fruto de las relaciones y dinámicas sociales, de cómo uno vive y trabaja, de la subsunción de lo biológico en lo social, nuevamente primó la idea de una salud como un “estado” individual. Estático. De manera que, para mitigar y controlar la epidemia, había que paralizar la vida en sociedad. Como si eso fuera posible.

Niveles de Análisis y Explicación del Proceso de Salud Enfermedad:



Lo general:

La Sociedad-Naturaleza. Apropiación producción y organización social.

Lo particular:

Los modos de vida. Clase social, ~~étnia~~ género Dinámicas de Desposesión y Acumulación

Lo singular:

Lo individual. Los Estilos de vida.

Fuente: Elaboración propia base a Breilh(2013)

Las bases de la ciencia microbiológica, en el estudio de microorganismos desde bacterias, virus, hongos, parásitos, tendrá implicancias claves para lo que hoy reconocemos como la hegemonía biomédica en el campo de la salud humana (Menéndez, 2005). Desde el holandés Antonie van Leeuwenhoek pasando por Louis Pasteur (Debré, 1996) y Robert Koch se irán configurando las bases de lo que conocemos como *microbiología* (Collard, 1976). Una ciencia aplicada con centralidad en el laboratorio, el microscopio y la idea del descubrimiento del agente infeccioso (bacterias en un principio) como agentes específicos causales en la producción de enfermedades. A partir de donde se desarrolla la famosa triada causal de *agente infeccioso-huésped-medioambiente*. Claro que la ciencia microbiológica expandirá sus capacidades en la inmunología y virología como ramas

científicas biomédicas (Engleberg *et al.*, 2007).

Ahora bien, al enunciar *microbiología*, nos estamos refiriendo a enunciar un conjunto de dispositivos y narrativas explicativas de los mecanismos de patogenicidad de los diferentes grupos de microorganismos, de transmisión y cuadros clínicos asociados, de las principales pruebas de diagnóstico de las enfermedades infecciosas, los principios básicos de la inmunoterapia y problemática asociada o de la terapia antimicrobiana y la problemática de las resistencias a los tratamientos (Prats, 2006). Es decir, un recetario encuadrado dentro de la *biomedicina infectológica* que desde lo singular del proceso patógeno estará produciendo mecanismos, normas y conductas a seguir no sólo para el individuo en su riesgo singular, sino supuestamente extrapolables para atender la salud de la sociedad (Basile, 2020a).

Esta biomedicina infectológica es la que entró en sala de operaciones en la preparación y respuesta a las epidemias de SARS-CoV-2. Lo que en este artículo denominaremos el *gobierno de la microbiología*.

Según Matus (2011), el *gobierno* es un triángulo que se mueve entre el proyecto, la gobernabilidad y la capacidad de gobernar. En este trabajo denominaremos *Gobierno* a la capacidad tecno-política teórica y metodológica con que actores sociales desarrollan el analizar y abordar situaciones y problemas cuasiestructurados y complejos que se dan en la Sociedad. El gobierno no como simples “funciones” u organigramas, sino como un proceso dinámico, constante y permanente de análisis y respuesta a situaciones y problemas complejos (Matus, 1987).

Se define a *microbiologización del gobierno* al proceso de diseño e implementación de un aparato burocrático de intervenciones sociosanitarias desde el Estado hacia la sociedad donde se logra imponer un conjunto de significaciones, simplificaciones y diríamos gobernanza cómo únicas, positivistas, totalizantes y reproducibles.

Foucault (2008) en este sentido creó el término *gubernamentalidad*, como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al

nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado a través de la salud que empíricamente excede la intervención en las enfermedades para transformarse en una mentalidad de control en y con la sociedad.

Actualmente se podría llamar un proceso de *guberbiologización* donde se plantea un divorcio o división del trabajo en el gobierno de las epidemias: lo que hace la *política profesional* en términos de su proyecto electoral-político es aparecer frente a la sociedad para comunicar los mecanismos y medidas de gobierno biomedicalizado de la epidemia y de la política, y por otro el gobierno del diseño y la toma de decisiones real en manos de la *microbiologización* de la salud pública.

Claro que este proceso se da en un contexto de tejidos institucionales públicos sanitarios extremadamente débiles y fragilizados, con un desprestigio estructural acumulado a todo aquello que sea visibilizado como capacidad pública y colectiva, lo cual permite rápidamente la reproducción de esta microbiologización de la respuesta al SARS-CoV-2 fuera de “el” Estado y la Sociedad. Es decir, las capacidades de respuesta están en la *expertise* privada microbiológica, en el

gobierno de las y los expertos de la ciencia del individuo (Basile, 2020a).

Esto va generando un entramado de respuesta a las epidemias con conjugaciones similares a las *políticas basadas en las evidencias* y la *medicina basada en la evidencia* (Fernández, 2011): el problema es quién está produciendo “*la evidencia*” demostrativa de lo que se *debe hacer*, de la *efectividad* en el control poblacional, de los alcances de las cuarentenas, de la policía médica, de un empirismo salubrista biomedicalizado de ensayo-error (Basile, 2020a). Todos los ensayos experimentales comendados por la ciencia del individuo clínica son relatados como una ciencia positiva a partir de una epidemiología “*a la carta*”: la cuantificación de tasas sobre la enfermedad y muertes es presentado como un conocimiento que no es tal. Primero “*cuantifico, luego reflexiono*”. Quizás sea necesario primero reflexionar, para luego ver qué medir y cómo hacerlo. Ampliar marcos de comprensión sobre las unidades de análisis y escalas de observación y registro epidemiológico es asumir verdades diversas, complejas y contingentes.

A través del lenguaje sanitario no solo describimos y transmitimos conocimientos, sino que delimitamos actuación, el *hacer*, las prácticas en el campo de la salud, que pueden transformar

las subjetividades, condiciones sociales de vida y el mundo en que vivimos, o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa (Granda, 2004).

Un ejercicio rápido de revisión país por país sistematizando el perfil de la conformación técnico-política de los Comités Operativos de Emergencias de Salud Pública, Comités de Expertos, Comités de Crisis, arroja una abrumadora evidencia en este sentido. Dar seguimiento al lenguaje sanitario condensado en la comunicación institucional de las y los expertos semana a semana desde inicios de marzo hasta nuestros días sólo permite constatar la hegemonía de una epistemología clínica individual infectológica utilizada, los intentos de dotar de científicidad empírica de las cuarentenas y la política de policía médica, logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en el propio gobierno del Estado la ejecución de una única verdad desde la ideología científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar y control de la sociedad (Basile, 2020b).

El saber (bio)médico como modelo epistemológico hegemónico (Menéndez, 2005) rápidamente excedió la explicación y el estudio del mundo de la enfermedad del SARS-CoV-2, y se ofreció como pertinente

para producir conocimiento acerca de la salud y la calidad de vida de la sociedad.

Es en este contexto de riesgo epidémico donde el andamiaje residual de la salud pública como del Estado se pone al servicio del gobierno de la microbiología como expresión de una biomedicina radical dispuesta a ensayos experimentales masivos con toda la sociedad. Pero sin firmar un consentimiento informado.

Es decir, el Estado quedó reducido como un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2 a través de la activación de ensayos experimentales de cuarentenas, higienismo y policía médica (Mantovani, 2018). La racionalidad empírica y legal que opera en las cuarentenas e higienización separa al Estado del conjunto de la ciudadanía. Vigilar y castigar para cuidar.

Un aspecto poco abordado es describir cómo el saber (bio)médico clínico de la microbiologización en el gobierno del SARS-CoV-2 básicamente como medida central transfirió las prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en establecimientos sanitarios (OPS, 2011), como prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en la vida de la sociedad.

Esto llevó básicamente a transferir desde los lenguajes de protocolización en

control y prevención de infecciones hospitalarias (OMS, 2018), a una protocolización sobre la sociedad de carácter permanente y continuo:

1. La bioseguridad y extrema higienización ya no en el lavado de manos personal y familiar, sino en la desinfección de superficies, indumentarias, calzados, metales, etc. Esto trasladó mecanismos de higienización permanente y repetitiva en la cotidianidad de la vida al igual que las superficies y espacios de atención hospitalaria, o la esterilización de materiales de uso sanitario.

2. Uso intensivo de químicos (cloros, detergentes, otros agentes desinfectantes). Incluso se intensificaron las publicidades de la industria de insumos de limpieza comercializando todo tipo de productos para aplicación al ambiente y el ecosistema en búsqueda de higienizar y cuidarse.

3. Las formas de entrada y salida en las propias viviendas o espacios de la vida, donde se implantaron *tríages* en formatos de movilidad y circulación humana segura, a través de mediciones de temperatura, controles de síntomas y signos, otros. Todas medidas empíricamente diseñadas de una biopolítica de la vida cotidiana. Algunas sin fundamento alguno, otras contradictorias entre sí dependiendo el lugar, el espacio, la actividad, la dinámica.

4. Uso de equipos de protección personal con áreas de uso y eliminación en el hogar, propiciando incluso un uso *irracional* de materiales de protección médica necesarios, a

partir por ejemplo en la proliferación del uso de mascarillas respiratorias para atención de alto riesgo terminaron siendo utilizadas en actividades al aire libre, en comercios o esparcimiento o para quienes la pueden pagar.

5. Aversión y fobia al microbioma, a una supuesta eliminación radical de la convivencia del ser humano con los virus, parásitos, hongos o bacterias que están en la naturaleza. Aunque paralelamente se intensifican el uso de tóxicos, químicos para la agricultura, minería, otras actividades extractivas de la naturaleza.

Por último, esta microbiologización de la salud pública ante la dinámica epidémica, implanto una preparación de los establecimientos sanitarios (Hospitales especialmente que son los que atienden y reparan el daño social de la enfermedad), con actividades de '*paracaídas*'.

Las acciones *paracaidistas* son aquellas donde recursos financieros, humanos y médicos-sanitarios se bombean a un lugar de brote o emergencia de salud pública para sofocar un incendio epidemiológico en particular, que puede mitigar la distribución y tendencia de una enfermedad en ese momento, pero hacen poco para abordar sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva (Breilh, 2013) que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean

particularmente susceptibles a patrones de enfermedades y muertes injustas y evitables.

Estas premisas, saberes, prácticas y epistemología aplicada a las emergencias de salud pública y los desastres sociambientales en el siglo XXI como ya venía ocurriendo con otras endemias y epidemias, produjo algunos reflejos institucionales que se registran comparativamente en varios países de la región:

1- La paralización virtual o total de las capacidades de los sistemas y servicios de salud pública (incluyendo sector privado) las redes de primer nivel de atención, de las acciones, programas y estrategias que se realizaban en atención básica, enfermedades crónicas, salud materna, salud de la infancia, otras. Todas posiblemente insuficientes y fragmentadas, pero necesarias.

2- Un retardo de 100 días para la territorialización de la respuesta activa a la emergencia de salud pública, con activación de una epidemiología de proximidad, inteligente y de redes de salud trabajando en cada micro-área, barrio, territorio, comunidad y territorialidad. Búsqueda, investigación y monitoreo. Al día 100, los mismos gobiernos y ministerios comenzaron a instalar la premisa de investigación de casos activa, test diagnósticos, aislamiento a nivel comunitario.

3- La caja "negra" como se denomina en epidemiología a un proceso que no se sabe muy bien qué ocurre en el tránsito de este.

Eso describe los primeros 90 días de la epidemia de SARS-CoV-2 en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe: sin reactivos para pruebas diagnósticas, laboratorios centralizados, bajas capacidades de respuesta en investigación y monitoreo epidemiológico familiar, hace que ese primer trimestre donde justamente se implantó una parálisis social, es un agujero de conocimiento en profundidad sobre realmente qué estaba sucediendo con la dinámica del proceso de salud-enfermedad epidémico en la sociedad.

4- Los sistemas de información de salud cerrados siguieron repitiendo una *epidemiología con números* del siglo XX, haciendo inferencias a repetición diario en el seguimiento de tasas de frecuencia, distribución, con registros provisionales, y (des)informaciones como verdades únicas diarias del proceso epidémico.

Toda esta matriz de operacionalización de *microbiologización* no pudo expandirse sin el auxilio de la plataforma de la doctrina panamericana (Rapoport, 2008) que una vez más operó sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio de su dominio y expansión de sus intereses. La salud internacional panamericana y la salud global liberal en general orgánicamente responden a una geopolítica del poder y conocimiento del Norte global y su sistema mundo (Basile, 2018).

Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el XX (Basile, 2019). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “las Américas” como un todo uniforme y a repetición no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana de por medio.

No es casual que diariamente nos encontremos con reportes de SARS-CoV-2 para las Américas donde Estados Unidos (EE.UU.) y Canadá es epidemiológicamente contabilizado como parte de “una” única región. Tampoco es sorpresa que el panamericanismo sanitario reproduzca matrices de intervención en salud basadas en control poblacional masivo como premisa, persecución y policía médica, militarización de emergencias de salud pública, una enfermología y epidemiología del siglo XX que promueve los ensayos de fases, expertos, predicciones, medidas experimentales (Basile, 2019)

El eslabón crítico de los *Sistemas de Salud*

Por último, los acelerados *arreglos institucionales* en lógica de preparación

(camas, ventilación mecánica, personal sanitario, otros) estuvo emparentada a una respuesta de sistemas de salud que estaban crónicamente desfinanciados, fragilizados, estratificados, segmentados, financierizados y especialmente con una creciente pérdida de capacidades de cuidado y protección de la salud de las sociedades (Basile, 2020c).

El Estado fue reducido a la preparación de un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2 que tomó cuerpo e institucionalización a través de cuarentenas, (neo)higienismo individual y policía médica en el siglo XXI con cierto asistencialismo focalizado. El pasado, condensado en las instituciones, pesa en el presente. El Estado es una condensación institucional de las relaciones sociales y de poder al interior de una sociedad. Es evidente que los Estados latinoamericanos y caribeños arrastraron el peso de su pasado y las trayectorias de reformas.

La conjugación de comités operativos de emergencias de salud pública atestados de expertos clínicos en su mayoría varones, burocracias estatales con fuerzas de seguridad y/o militares en el centro de las instituciones públicas, y, por otra parte, postulados de estilos de vida hiper higienizados, cambios en comportamientos individuales, que se narran repetidamente,

intentaron implementarse en sistemas de salud *neoliberalizados* y sociedades excluyentes, inequitativas y desiguales de la región.

En este contexto regional epidémico quedó absolutamente invisibilizado como las políticas, teorizaciones basadas en fundamentos del Norte global llevaron a instalar modelos de protección social eurocéntricos en su patrón liberal residual, de meritocracia bismarkiano o el universalismo beverige que no permitieron resolver la cuestión social de la desigualdad en el cuidado de la salud y seguridad social en Latinoamérica y el Caribe. Todos modelos teóricos eurocéntricos repetidos hasta nuestros días. Además, esto se encuentra conjugado con las oleadas de shock de reformas al Estado y los sistemas de salud comandados por el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo, que en 30 años reconfiguraron los bienes públicos y colectivos y fragilizaron aún más la débil situación de los sistemas sanitarios (Basile, 2020c). *Amnesia selectiva* de las sociedades y gobiernos de turno que, en la respuesta a un ciclo epidémico con tasas de ataque poblacional significativa, no podían explicar por qué los sistemas y servicios de salud desfinanciados tenían déficits crónicos en sus establecimientos sanitarios

en capacidad de respuesta, cuidado intensivo crítico y protección.

Aparentemente los Sistemas de Salud y el Estado en América Latina y el Caribe acumulan estos cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros y el complejo político liberal, recolocando a los sistemas sanitarios en la agenda política regional y mundial, pero ¿qué tipo de institucionalidad y organización es la que nos están proponiendo?

Como señaló el liberal Kutzin, la cobertura universal de salud (CUS) es “un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino” (Kutzin, 2013). Esa direccionalidad, implica transformar a la CUS en la plataforma del complejo político liberal para relanzar las reformas de mercados (des)regulados en los sistemas de salud y construir una nueva gramática discursiva líquida con una narrativa sombrilla donde todo cabe: bajo esta denominación incluso la expansión de las aseguradoras financieras y el sector privado. Lo que plantea centralmente este enfoque es una dinámica donde la propia reforma al sistema de salud debe permitir estructurar mercados plurales con competencia regulada en la cobertura y

acceso a la atención en salud. Traducción: construir coberturas sanitarias diferenciales a través de distintos seguros por estrato social, con paquetes de servicios diferenciales, y realizando una separación de funciones entre Estado y mercado abriendo la puerta a la intermediación y modulación financiera de aseguradoras, mercado de prestadores en competencia y asociaciones público-privadas. Chile, Colombia, Perú, República Dominicana: emblemas.

Frente a este eslabón crítico, la necesidad de descolonizar(nos) de estas teorías y políticas sobre los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños en el siglo XXI continúa siendo deuda pendiente y una gran encrucijada regional (Basile, 2020c).

La gran capacidad de innovación y transformación en un rediseño de las relaciones entre Sociedad y Estado es donde se ubica el punto de partida para repensar este eslabón crítico de los Sistemas de Salud en el siglo XXI. La transformación del aparato administrativo del Estado para tornarlo más democrático, intercultural, eficiente, eficaz y orientado a la sociedad es una demanda universal. Ahora la respuesta a esta demanda está condicionada tanto por el enfoque teórico que guía este cambio, como por las opciones de acción política adoptadas y por la capacidad técnica de los

gobiernos para implementar las estrategias enunciadas y/o elaboradas. También en la capacidad técnico-político de los movimientos sociales y sociedad civil que promueve resultados finales pero que tienen severas dificultades para salir de una *solucionitis enunciativa* y lograr abordar realmente problemas complejos (Matus, 1987).

El primer cambio para abordar este eslabón crítico es dejar atrás el concepto de *reforma* como concepto para *pensar y hacer* nuevos sistemas de salud en el siglo XXI.

Es momento de eliminar la palabra *reforma*. Es un concepto funcionalizado, desgastado, obsoleto, pero especialmente instrumentalizado por la agenda sanitaria del complejo político liberal y desarrollista en América Latina y el Caribe (Basile, 2020c). No “reforma de la reforma”, no “modernización”, no “Estado presente”, no “Estado inteligente”, No “Estado de bienestar”. *Refundación*.

Conocer desde el Sur, para refundar desde el Sur. Conocer las especificidades e implicaciones geopolíticas de poder y de un nuevo conocimiento sobre los Sistemas de Salud desde nuestro Sur demarca la necesidad de un horizonte epistémico y de acción política innovado. Las enunciaciones no pueden continuar girando en tesis de una *retrotopía* de una nostalgia de regreso a una salud pública *desarrollista*

del siglo XX idealizada o a los ciclos de reformas de las reformas regresivas del siglo XXI.

Refundación configura un nuevo punto de partida. Asumiendo que los procesos de transformación de la esfera pública incluyendo a los Sistemas de Salud, son procesos transicionales. Comenzar a construir procesos nuevos, implica la potencialidad y posibilidad de procesos inacabados, complejos, en permanente transición, movimiento y cambio. Asumir el *carácter transicional* de las políticas, estrategias y cambios para una *refundación* implica todo un desafío en la cuestión canónica de correnos de los idearios que la transformación sólo comienza cuando uno “llega” o cuando uno la “enuncia”, de ciertas personificaciones salvadoras o simplemente que lo hará una persona o líder, el Partido o una tecnocracia mejor que otra. Construir una direccionalidad transicional (De Sousa Santos, 2010).

Boaventura de Sousa Santos (2010) asume que la refundación del Estado moderno capitalista colonial patriarcal, implica correr los límites de la imaginación política pública.

Abordar este eslabón crítico implica una labor de resignificar las teorías y políticas sobre los Sistemas de Salud para América Latina y el Caribe. La refundación no significa la eliminación de los sistemas

de salud vigentes. Presupone reconocer capacidades de reingeniería y arquitectura institucional-organizacional que fundamenten la refundación de la esfera pública, y en este caso la (re)construcción de sistemas sanitarios para los desafíos del siglo XXI.

Claro que no es tan fácil analizar y dinamizar reflexiones nuevas y creativas, porque el gran riesgo siempre es someterlas a matrices analíticas y conceptuales viejas, incapaces de captar la innovación y novedad en clave emancipatoria, o bien porque rápidamente aparecen tendencias para desvalorizar, ignorar o demonizar estos ejercicios. Es evidente que durante mucho tiempo habrá una distancia entre las formulaciones, aproximaciones, enunciaciones de *refundación* y las prácticas de transformación de la materialidad de los sistemas sanitarios.

Ahora bien, la conceptualización de *refundación de los Sistemas de Salud* parte del malestar, del inconformismo, de la autocrítica y revisión de los procesos precedentes en el campo de la teoría crítica en salud (Basile, 2020c). No se trata de volver a una salud pública funcionalista del siglo XX. Aunque también (re)imaginar significa afrontar diversas resistencias a lo nuevo. Concebido no sólo como una amenaza conceptual o teórica sino también política y cultural para determinados

actores, organismos, tecnocracias e intereses económico-político que colonizaron las reformas. También a las resistencias (inter)generacionales. Los cinco ejes que se podría esbozar para este proceso son:

1. Nueva Democratización: la refundación significa la democratización del sector Salud y del propio Estado en su esfera de estatalidad sanitaria. La democratización parte de la necesidad de democratizar el sistema sanitario y adecuar la gestión pública a una realidad social cada vez más compleja, deshumanizante y cambiante epidemiológicamente. Poner en el centro al rediseño de la arquitectura institucional, organizacional y territorial de los Sistemas de Salud en el siglo XXI es democratizar sus estructuras, sus bases teórico-metodológicas y dinámicas sociopolíticas de toma de decisiones, diseño, gestión y evaluación de la política sanitaria. Es decir, no implica cambiar solamente las instituciones y cultura organizacional, de asumir *arreglos institucionales* como fórmulas mágicas de quienes los producen, sino transformar las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas que dan fundamento y sustento a los modos tal cual conocemos y pensamos los sistemas de salud en el siglo XXI. Sin decirlo, es un proceso constituyente, instituyente, que busca democratizar los tejidos y redes institucionales en y con la sociedad. Aclaración: democratización en este trabajo no se define como la institucionalización de procesos de participación social en el seno de los sistemas de salud, de incorporar las teorías del

comunitarismo híbrido asociado simplemente a espacios de control y rendición de cuentas de la sociedad organizada, de extensión de cobertura de las instituciones sanitarias a través de la participación de la comunidad, entre otras.

La necesidad de pensar la estructura del Sistema de Salud como una red, con un funcionamiento flexible y una geometría política variable, capaz de procesar informaciones y asegurar el proceso de decisiones compartidas. Para la construcción del Sistema-red, es necesaria la combinación de principios nuevos en la institucionalidad y organización del sistema sanitario. Esta democratización parte de la profunda necesidad en América Latina y el Caribe de cambiar la relación Estado-sociedad, de manera que se rompan los monopolios de poder (Cunill, 1997) incluyendo los de la biomedicalización y salud pública convencional, por medio de una ciudadanía plural, intercultural, igualitaria y deliberativa. La despatrimonialización del poder público y la subordinación de las políticas sanitarias a criterios de justicia social, ambiental, de género, étnico-racial y distributiva es una radical democratización de los Sistemas de Salud. Esto no puede ocurrir sin que se busquen formas de refinanciamiento con una economía política al servicio de la calidad de vida y sin obviamente de la recalificación y revalorización de los equipos y trabajadores sanitarios (Nogueira, 1998).

2. *Nuevo andamiaje jurídico-legal*: el neoliberalismo con sus ciclos de *tsunamis* de reformas galvanizo un entramado jurídico-legal que se asume como *lo*

instituido, una estructura que transmite imposibilidad de (re)imaginar nuevos sistemas de salud, porque el salubrismo estatal continúa reproduciendo estos marcos jurídico-legales normativos existentes como lo dado. Asumir un constitucionalismo social y justicia restaurativa para la revisión y reconstrucción de nuevos andamiajes jurídicos en base a una diversidad intercultural y democrática puede además generar una ventana de oportunidad: mientras se remueven los residuos liberales, mercantiles y tecnocráticos del constitucionalismo y marcos jurídicos de las capas geológicas de las reformas, implica en ese mismo ejercicio una subjetivación, ciudadanía y (re)conceptualización de los sistemas de salud con la Sociedad.

3. *Nueva Territorialidad, Sistema-Red*: la arquitectura territorial de los Sistemas de Salud se construyó sobre la base de la lógica piramidal jerárquica con un lugar central de los establecimientos sanitarios (Hospital, Centro de Salud, otros), población como *objeto*, distribución de enfermedad y muerte, homogeneidad universal de la atención médica. De hecho, las tesis que sustentan las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) implica un *funcionalismo* de los servicios de atención sanitaria como centro y amalgama institucional homogénea de redes articuladas y por niveles de resolución. Estas lógicas imbrican los enfoques del *salubrismo* del siglo XX como agente del Estado controlando el espacio social con el ideal de estatalidad sanitaria resolutiva asistencial-curativa y de prevención de riesgos y control de enfermedades colectivas. La nueva

teoría de refundación de Sistemas de Salud es desplazar esa geografía institucional-burocrática asistencial y de control poblacional como aparato externo a la sociedad, a una geografía social donde los sistemas sanitarios se producen y construyen como una trama de territorialidad, territorios y dinámicas sociales locales con *diversalidad*. Expresados en redes de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, con tramas de institucionalidad y territorialidades de cuidado y protección colectiva no sólo articuladas, sino mancomunadas en estrategias de vivir bien y calidad de vida saludable.

La expansión *molecularmente* de una nueva institucionalidad y territorialidad poniendo en el centro la vida y la salud colectiva, redimensiona las morfologías requeridas y posibles formas que adquieran los Sistemas de Salud en cada país, territorio, localidad. Sin recetas únicas, reproducibles y enlatadas.

En esta territorialidad y territorios para la vida y la salud colectiva, el feminismo, en general, es una contribución decisiva no sólo a la crítica biomédica salubrista patriarcal dominante y la expresión de una violencia institucional desde los propios servicios de salud sobre los cuerpos y territorios, sino que el feminismo poscolonial o decolonial incorpora una construcción de interseccionalidad integrando la discriminación sexista patriarcal en el marco más amplio del sistema de dominación colonial y de desigualdad en las sociedades contemporáneas en que sobresalen el racismo y el clasismo como opresiones e injusticias que se entrelazan y operan sobre la vida y salud de las mujeres y las sociedades. Esta

interseccionalidad también aporta en la integración e integralidad entre sistemas de cuidados y sistemas de salud, en una reflexión-praxis de *universalismo* del siglo XXI como estrategia para proteger la vida.

4. Nuevo Diálogo Intercultural: Refundar sistemas de salud en el siglo XXI es asumir diferentes universos socioculturales. La estrategia de interculturalidad como dimensión política implica el fin de la homogeneidad monocultural institucional de los Sistemas de Salud, es decir distribución de poder sanitario simbólico, práctico, institucional y económico. Hay dos tipos de diferencias derivadas del reconocimiento de la interculturalidad que pueden ser plasmadas en el seno de las mismas instituciones sanitarias (compartidas por toda la población) y las que exigen instituciones nuevas y distintas (propias de los territorios, pueblos, colectivos, cooperativas, otros). Los modelos de *coexistencia* de las instituciones biomédico sanitaria que adecuan sus lenguajes, idiomas e infraestructuras a un cierto multiculturalismo, mantienen y reproducen las jerarquías y asimetrías de poder biomédico y salubrista vertical. La interculturalidad de la que hablamos es donde el Estado deba (re)conocer en los sistemas sanitarios una ecología de saberes y diversos tipos de medicinas cooperantes y asociadas en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. (Re)conocer significa legitimidad, financiamiento y legalidad.

Boaventura de Sousa Santos (2010) realiza un aporte clave en este sentido expresando “*lo que hoy es un absurdo desde el punto de vista de la cultura política*

liberal, puede mañana ser aceptado como una práctica de igualdad en la diferencia. La evaluación política de estos procesos de hibridación debe ser hecha sobre la base de los niveles y cualidad de inclusión y de participación que producen". Lo que en este trabajo llamamos subjetivación, colectivización y ciudadanía del proceso de refundación.

Criticando la multi y pluriculturalidad, Catherine Walsh (2008) plantea claramente que *"interculturalidad, en cambio, aún no existe. Es algo por construir. Va mucho más allá del respeto, la tolerancia y el reconocimiento de la diversidad; señala y alienta, más bien, un proceso y proyecto social político dirigido a la construcción de sociedades, relaciones y condiciones de vida nuevas y distintas"*.

5. Nueva Agenda Político-Sanitaria y planificación: La construcción de una agenda político-sanitaria de transformación en clave de *"refundación"* entrelaza una lucha política y social que no sólo los actores históricamente oprimidos y excluidos de los sistemas sanitarios como de la sociedad en general podrán lograr solos (Ej: campesinos, indígenas, mujeres, clases populares, otros). O en otro sentido, que solamente sea diseñada o lograda la refundación por las y los profesionales médicos y trabajadores de la salud pública sin la Sociedad. Son actores y tramas sociales necesarias, pero no suficientes.

Enfrentar las adversidades políticas y también sociales ya que aún hoy en día actores políticos, sociales (ONGs, etc) y académicos del campo de salud pública continúan abrevando a las tesis eurocéntricas de cambios en los Sistemas de Salud al estilo

Beverige o esquemas de la socialdemocracia europea. O bien, articulando arreglos institucionales con una *autocensura* marcada de no plantearse otro horizonte posible.

A modo de reflexiones finales: Descolonizar y repensar los Sistemas de Salud

El diseño del proceso de gobierno de la gestión y respuesta a la emergencia del SARS-CoV-2 deberá seguir siendo estudiada por un largo tiempo, todas las aproximaciones son provisionales, especialmente por las características intrínsecas que este artículo describe en cuanto a los eslabones críticos concatenados y articulados de microbiologización e individualización del riesgo, la preeminencia de una salud pública *enfermológica* de Estado, la transferencia de responsabilidades y protocolos biomédicos a la vida de la Sociedad, conjuntamente con una hibridación de los sistemas sanitarios, y una creciente militarización y *punitivismo* en el campo de la salud colectiva.

La normalización de un tipo de proceso de gobierno global de la pandemia que llamamos el *"gobierno de la microbiología"* expandido en los territorios nacionales de las epidemias y la geopolítica de la securitización a nivel global resultan

elementos claves para comprender el nuevo nexo entre seguridad y salud, en una *guberbiologización* de la esfera pública y del sistema mundo vigente (Dussel, 2004). Asumiendo una cuestión indisimulable: demasiados problemas de salud colectiva (además de SARS-CoV-2) ahora están enmarcados en eslabones de una narrativa de la seguridad sanitaria global y la seguridad nacional, cruzados con una creciente *biomedicalización* y doctrina del contagio tanto en las relaciones humanas, sociales como en las relaciones internacionales.

Es importante continuar investigando en América Latina y el Caribe las implicaciones de este movimiento expansivo y preguntarse si solo son conceptos nacidos para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas epidémicas y qué riesgos plantea *normalizar* estas intervenciones de seguridad, *guberbiologización* y control poblacional en el campo de la salud colectiva.

La caracterización de las formulaciones de respuesta a la emergencia sanitaria del SARS-CoV-2 con contenidos tan *ambiguos, empíricos, experimentales, individualizantes, higienizantes, biomedicalizados, microbiologizados, totalizantes, excepcionalmente securitizados* y dualmente explicados y

desarrollados desde una creciente culpabilización a las sociedades; van transformando lo excepcional y el miedo en norma y se van generando nuevas gramáticas e intervenciones sociosanitarias que podrían ser adaptadas a múltiples nuevos contextos, poblaciones, momentos y particularidades en el horizonte futuro.

Desde su conformación hasta el presente, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe hicieron su base de estructuración en una pretendida homogeneidad para mantener y alentar los intereses del *desarrollo sostenible* y/o promover la expansión de bienes de mercado en la atención sanitaria.

En general, ambas tesis responden a la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y sistemas de salud que continúa siendo eurocéntrica y liberal en las universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios regionales. Se continúa repitiendo una tipología de: modelo liberal residual anglosajón, modelo bismarkiano de seguro social atado al empleo y modelo Beveridge de acceso universal, tres modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar los procesos de reforma en la región. O bien, atravesadas actualmente con las tesis del gerenciamiento del riesgo social y el pluralismo estructurado sanitario del

Banco Mundial y la OPS-OMS (Londoño y Frenk, 1997).

Este “*desarrollo sostenible*”, como la palabra lo indica implica “sostener”, “continuar”, “mantener” algo. Edgar Morin (1999) lo dirá claramente: *enfermos de desarrollo*. Un desarrollo que es el patógeno.

Abrir un giro decolonial (Maldonado Torres, 2008) de estas teorías y políticas sobre este desarrollismo en los sistemas de salud es aún un trabajo académico y popular en progreso(pendiente) para el Sur global.

Lo decolonial –y la decolonialidad– no son planteamientos nuevos ni tampoco categorías teórico-abstractas. Son desde la colonialización y esclavización, ejes de lucha de los pueblos sujetos a la modernidad colonial, a la colonización incluso de la agenda de política sanitaria y los modos que entendemos y abordamos el campo de la salud. Descolonizar la teoría y políticas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe tomando a Catherine Walsh (2008) en gran medida significa *interculturalizar*, *plurinacionalizar* y *descolonizar* sus estructuras, concepciones e instituciones.

Silvia Rivera Cusicanqui (1993) llama la matriz o el horizonte colonial del mestizaje, como categoría de la herencia

interna reproductora de estratificación, segregación racial y jerarquización social con una dependencia de lo superior-inferior. Podríamos preguntarnos cuánto de este horizonte colonial del mestizaje tiene y reproducen el *salubrismo desarrollista* latinoamericano y caribeño del siglo XX hasta la actualidad.

La teorización sobre *sistemas universales de salud* significa una revisión crítica de la propia medicina social/salud colectiva latinoamericana en la construcción de un nuevo saber que tratará a la determinación social de la salud y la vida como fundante de las bases del universalismo en el Sur. La organización de sistemas universales como estrategia de afrontamiento de la determinación (Breilh, 2010). Esto parte de la revisión y comprensión que no se trata una simple perspectiva médica de universalizar biomedicina y salud pública vertical de control poblacional, de “erradicar”, “eliminar”, “vigilar”, “combatir” enfermedades en las poblaciones y personas. Una nueva universalidad que no se presume asimismo como verdad y lógica totalizante, sino intercultural y democrática. *La diversidad*.

El marco teórico explicativo de la teoría crítica latinoamericana sanitaria (Basile, 2020c) asumió que un modelo de organización, redes y gestión de salud que

se construyera a partir de la *universalidad/diversidad*, integralidad e interdependencia de los bienes públicos y comunes es desde donde más eficazmente se desmercantiliza la salud y la vida, y se responde de forma más eficiente a las necesidades de las sociedades complejas e inequitativas que aún mantiene Latinoamérica y el Caribe. La premisa que se mantiene hasta nuestros días es que un sistema integral y universal como bien público y común es lo más *seguro* para la salud colectiva de la sociedad.

La única forma de terminar con una arquitectura de gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 es construyendo otra más relacional, polifónica, intercultural y compleja (Almeida-Filho, 2006). Refundar una innovada amalgama de tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano expresado en la nueva corriente de la Salud desde el Sur (Basile, 2018) y la larga tradición de la medicina social y salud colectiva del siglo XX (Iriart *et al.*, 2002); como contribución a una *praxis* que apueste a despertar de la parálisis a la ciencia crítica en salud en el periodo pandémico y post-pandémico.

Salir del miedo y la excepcionalidad, una obligación del pensamiento crítico sanitario en el siglo XXI. La región tiene una larga historia y

tejidos de aprendizajes desde dónde pensar su propia refundación.

Referências bibliográficas

Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23(6), 369-375. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn030>

Almeida-Filho N. (2006). *Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones*. *Revista Salud Colectiva*. 2006;2(2):123-146.

Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, G. (2019) La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Mayo, 2019.

Basile, G. (2020a). Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermología pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Marzo, 2020.

Basile, G. (2020b). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), Mayo 2020.

- Basile, G. (2020c). “Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. Colección de los “Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano”, N73, Abril, Buenos Aires.
- Bonastra, Q. (2010). Recintos sanitarios y espacios de control: Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria. *Dynamis*, 30, 17-40.
- Breilh, J., & Tillería Muñoz, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador/AbyaYala.
- Breilh, J. (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.
- Breilh, J. (2012). Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte.
- Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.
- Burci, G. L. (2014). Ebola, the Security Council and the securitization of public health. *Questions of International Law*, 10, 27-39.
- CJHHS (Center Johns Hopkins for Health Security). (2019). Evento 201. *Recuperado en:* <http://www.centerforhealthsecurity.org/event201/> (última visita en 18 de marzo del 2020)
- Collard, P. (1976): “The development of Microbiology”. Cambridge University Press, Cambridge.
- Cunill, N. G. (1997). Repensando lo público a través de la sociedad. *Nueva Sociedad*. Caracas, Clad.
- Davies, S. E. (2008). Securitizing infectious disease. *International Affairs*, 84(2), 295-313. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2346.2008.00704.x>
- De Sousa Santos, B. (2010). Refundación del estado en América Latina. *Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad*.
- Debré, P. (1995): “Louis Pasteur”. Barcelona, Círculo de Lectores.
- Dussel, E. (2004). Sistema mundo y transmodernidad. *Modernidades coloniales*, 201-226.
- Engleberg, C., DiRita, V., Dermody, T. (2007). *Mechanisms of Microbial disease*. Fourth Edition. Lippincott Williams & Williams.
- Escobar, A. (2011). Ecología política de la globalidad y la diferencia. *La naturaleza colonizada. Ecología política y minería en América Latina*, 61-92.
- Fernández Carril. (1865). Importancia de los lazaretos y cuarentenas. In *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español. Celebrado en Madrid. Setiembre de 1864*. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal, 1865, p. 225.
- Fernández Sacasas, J. A. (2011). Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 339-347.
- Fidler, D. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4(2), 325-392. DOI: <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>

- Firpo-Porto, M. (2013). Injustiça ambiental no campo e nas cidades: do agronegocio químico-dependente às zonas de sacrificio urbanas. In: FIRPO-PORTO, M.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 133-174.
- Flor, J. L. de la. (2015). El Dispositivo de Seguridad Sanitario Global. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Flor, J. L. de la. (2018). La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE. *Comillas Journal of International Relations*, (13), 49-62.
- Foucault, M. (1999). Nacimiento de la biopolítica. En: *Obras esenciales. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 1999 (a) [1979], p. 209-215.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población: curso impartido en el Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes. 2008.
- Granda, E. (2004): A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, n. 2, online.
- Heymann, D. et al. (2015). 'Seguridad sanitaria mundial: las lecciones más amplias de la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en África occidental', *The Lancet* vol. 385: 9980, 2015, pp. 1884–901.
- Honigsbaum, M. (2017). Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of global health. *Medical history*, 61(2), 270-294
- Ingram, A. (2013). After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity. *Antipo-de*, 45(2), 436-454.
- Iñiguez Rojas, L. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 701-711.
- Iriart, C. et al (2002). "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos." *Revista Panamericana de Salud Pública* 12 (2002): 128-136.
- King, N. B. (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32(5/6), 763-789.
- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013; 91: 602–11. Inglés
- Londoño, J. L., y Frenk, J.(1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington^ eDC DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
- Machado-Aráoz, H. (2012). Los dolores de Nuestra América y la condición neocolonial. Extractivismo y biopolítica de la expropiación. *Observatorio Social de América Latina*, Buenos Aires, n. 32, sep. 2012.
- Maldonado-Torres, N. (2008). La descolonización y el giro descolonial. *Tabula rasa*, (9), 61-72.
- Mantovani, R. (2018) O que foi a polícia médica?. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* , 25 (2), 409-427. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000200007>
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- McInnes, C y Lee, K. (2006). 'Salud, seguridad y política exterior', *Review of*

International Studies 32: 1, 2006, pp. 5–23.

Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.

Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Paris, UNESCO, 1999, p. 5-12.

Nogueira, M. A. (1998) As possibilidades da política. Idéias para a reforma democrática do Estado. São Paulo, Paz e Terra.

OMS. (2018). Infection Prevention and Control (IPC) Assessment Framework (IPCAF). WHO/HIS/SDS/2018.9 © World Health Organization.

OPS. (2011). Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Washington D.C.

Our World in Data. (2020). *Casos confirmados y muertes confirmadas por Covid-19*. Oxford University.

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. M. D. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.

Prats, G. (2006). Microbiología Clínica. Editorial: MedicaPanamericana.

Qun Li, M., et al. (2020). Dinámica de transmisión temprana en Wuhan, China, de neumonía infectada por coronavirus novedoso. *The New England Journal of Medicine*, 29 de Enero del 2020.

Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. América Latina en Movimiento. Quito, junio.

Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental* (Vol. 137). Los libros de la Catarata, Madrid, p. 8-28.

Rivera Cusicanqui, S. (1993). «La raíz: colonizadores y colonizados», en Xavier Albó y Raúl Barrios (coords.), *Violencias encubiertas en Bolivia*. La Paz, CIPCA – ARUWIYIRI.

Rushton, S. (2011). 'Seguridad de salud global: ¿seguridad para quién? ¿Seguridad de qué?', *Political Studies* 59: 4, 2011, pp. 779-96.

Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción*. Barcelona: Ariel.

Toledo, V. y Gonzáles, M. (2005). “El metabolismo social: las relaciones entre la sociedad y la naturaleza”, en Francisco Garrido, et. al., edit, *El paradigma ecológico en las Ciencias Sociales*, cap. 3, Barcelona, Prensa, 2005, p. 4

Wallerstein, I. (2006). Después del desarrollismo y la globalización, ¿qué?. *Polis. Revista Latinoamericana*, (Pag. 13).

Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula rasa*, (9), 131-152.

Wenham, C. (2019). La sobresegurización de la salud global: cambio de los términos del debate, *Asuntos internacionales*, Volumen 95, Número 5, septiembre de 2019, páginas 1093–1110.