

# La salud, la pandemia y el pandemonio

*Health, pandemic and pandemonium*

Por Raúl Mercer\*

**Fecha de Recepción:** 01 de abril de 2020.

**Fecha de Aceptación:** 11 de mayo de 2020.

## Introducción

Hace tan solo unos meses atrás, nadie habría podido imaginar que el mundo entraría en una nueva era condicionada por la aparición de un agente biológico en formato de virus que se diseminaría de manera vertiginosa generando estados de portación, enfermedad y muerte. Asistimos a un rápido aprendizaje (ver más adelante “pedagogía de la catástrofe” en este mismo artículo de investigación) de los fenómenos que caracterizan a la triada epidemiológica (agente-huésped y ambiente) y el peso relativo de cada uno de estos pilares en la mayor o menor expresión de la enfermedad. Cuando comenzamos a organizar este *dossier*, no nos imaginamos ni pronosticamos el impacto que el COVID-19 tendría sobre cada uno de los aspectos de nuestras vidas, de nuestra cotidianeidad, de la convivencia en el hogar, el barrio, la sociedad, del nuevo orden global.

Es un hecho destacable, pese a la imprevisibilidad fáctica, que la salud emerge como una

problemática central en el debate de la pandemia y de sus significados. También aparecen las políticas de salud, la participación social y la capacidad de los sistemas y de los servicios de salud para responder a las demandas crecientes asociadas a este fenómeno. En este sentido, el *dossier* aporta investigación e información relativa a las dimensiones mencionadas y, en algunos casos, caracteriza a los sistemas de salud en los aspectos de financiamiento, regulación, funcionamiento y políticas sectoriales. En todos los casos, la salud es abordada críticamente con relación a las barreras que impiden el acceso a servicios oportunos y de calidad. En este contexto, el COVID-19 es un agregado más, un catalizador que agudiza y magnifica las deficiencias estructurales existentes. Una forma descarnada de exponer una realidad velada, silenciada y disimulada desde las políticas de algunos Estados que intentan cambiar el curso del timón político mediante las tendencias privatistas, excluyentes y negacionistas propias del modelo neoliberal (ver

---

\* Médico Pediatra. Magister en Epidemiología por la Universidad de Madison, Estados Unidos. Especialista en Salud Pública. Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud del Área de Salud y Desarrollo Humano en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina. Correo electrónico: rmerc@flacso.org.ar

por caso los artículos de investigación sobre la situación del Brasil y Colombia).

### **Vivir en modo pandemia**

Entrar en “modo pandemia” ha sido, sin lugar a dudas, uno de los mayores desafíos que está experimentando la comunidad global. Pocas veces hemos tenido la oportunidad de homogeneizar y aproximar los discursos y sensaciones por parte de altos funcionarios de los Estados con la realidad cotidiana de la ciudadanía. La entrada del Coronavirus en la escena nacional y global ha disparado una serie de mecanismos y procesos que trascienden la lógica epidemiológica tradicional generando efectos impensados, imprevistos e imposibles de mensurar en cuanto a sus potenciales consecuencias. En estas líneas queremos resignificar al Coronavirus más allá de su patogenicidad, virulencia y transmisibilidad.

### **COVID-19: un nuevo modelo de experimentación social**

El COVID-19 está generando un cataclismo económico acelerando la movilidad social descendiente. Si recordamos, la pandemia afectó en una primera onda a grupos en movimiento (viajantes, turistas, visitantes, migrantes pudientes y residentes circunstanciales en territorios de turismo receptivo o laboral) pertenecientes a clases medias altas y altas. Luego, se fueron comprometiendo otros sectores sociales. Tal es el caso de los Estados Unidos en donde en Nueva York se registra una mayor afectación de población afroamericana y latina (como proxy de pobreza). Pero, además, las consecuencias económicas producto de la cuarentena inciden negativamente sobre los sectores medios, cuentapropistas y desocupados ante la falta de ingresos para paliar la crisis. En los casos extremos, es el Estado el que asume una función amortiguadora sobre las consecuencias devastadoras de la crisis, pero estas medidas tienen alcance limitado consideran-

do la magnitud del problema y la población afectada.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como un conjunto integrado de objetivos se están desmoronando debido a un problema de salud pública global. Cuando se desarrollaron los ODS, y a medida que se adoptaron, la salud (Objetivo 3) se consideró fundamental para todos ellos. La salud se beneficia de todos los demás objetivos y contribuye a todos los demás objetivos dadas sus interdependencias. Ahora los países más ricos son los más afectados y los que sufren el Coronavirus. La inversión en salud fue muy pequeña en comparación con la seguridad armamentista, relegando en nuestro caso a la seguridad humana. De allí el llamado del Secretario General de las Naciones Unidas (Antonio Guterres, 2020) para pensar en la salud como el objetivo central de los ODS y que la inversión en salud es, en realidad, la inversión correcta junto con la educación. Erradicar la pobreza en todas sus formas sigue siendo uno de los principales desafíos que enfrenta la humanidad. Si bien la cantidad de personas que viven en la extrema pobreza disminuyó en más de la mitad entre 1990 y 2015, aún demasiadas luchan por satisfacer las necesidades más básicas y otras se han empobrecido.

A nivel mundial, alrededor de 736 millones de personas aún viven con menos de US\$ 1,90 al día (2015) y muchos carecen de acceso a alimentos, agua potable y saneamiento adecuados. El crecimiento económico acelerado de países como China e India ha sacado a millones de personas de la pobreza, pero el progreso ha sido desparejo. La posibilidad de que las mujeres vivan en situación de pobreza es desproporcionadamente alta en relación con los hombres, debido al acceso desigual al trabajo remunerado, la educación y la propiedad (UNDP, ODS). Sin duda, el Coronavirus magnifica estas diferencias.

## El COVID-19 y la Champions League

Si bien se menciona que en el inicio de la pandemia, la existencia de espacios concurridos y asistidos por multitudes (aglomeraciones de peatones en el mercado de Wuhan, traslados masivos de continentes de viajeros, tribunas repletas en el fútbol italiano/español o, más recientemente, la feria de tecnología de Texas), estos motivos no justifican para que el seguimiento de la pandemia deba responder al score de las competencias deportivas. Hoy asistimos a un verdadero acto de acoso informativo a través de los medios locales e internacionales con la actualización del número de infectados, muertos, y recuperados a modo de score de un torneo. Esta información, tal como es propalada, tiene poco efecto en la evolución de la pandemia *per se* y un efecto relativo sobre la población impávida expuesta ante los números que penetra sus sentidos. La información, en este caso, atiende a varios fines. Por un lado, mantener el aparato informativo de pie, por el otro desinformar (ver infodemia), también es un factor generador de aprensión, temor, angustia, sufrimiento, *stress* y, en algunos casos, informar.

Los análisis comparados pierden sentido cuando se limitan a una cifra centrada en el número de fallecidos ya que existen cuestiones técnicas y contextuales que avalan dichas cifras. De allí que un buen punto de referencia es el de analizar la evolución de la pandemia con referencia a la situación particular de cada país.

Los números extremos que se manejan y supuestamente incuestionables son las muertes y la tasa de ocupación de camas de terapia intensiva. Estos dos indicadores duros están sujetos a errores. Por un lado, no todos los países identifican y diagnostican las muertes de la misma manera y la ocupación de camas está sujeta al patrón de respuesta del sistema de salud y la infraestructura disponible (equipamiento y RRHH). Hay países que notifican y certifican las muertes que acontecen dentro

del sistema sanitario y no las que ocurren por fuera del mismo, hay países que estudian las muertes en casos compatibles con COVID-19 y otros no, hay países que realizan estudios diagnósticos *post-mortem* (necropsias) y otros no. En definitiva, ante el evento muerte, hay aún un espacio de incertidumbre.

La prevalencia y la incidencia real se desconocen porque desconocemos el denominador (población afectada) que depende de la cobertura del testeo y de la calidad del sistema de detección (cuestionado en algunas circunstancias). En general, no existen testeos masivos (salvo Islandia y algún otro país). La definición de caso no sólo varía en cada país, sino dentro del mismo país (en la Argentina ya ha modificado en reiteradas veces su definición). Con estas limitantes, resulta difícil realizar estudios comparados y mucho menos decir que estamos mejor o peor que otro país como si se tratara de una justa deportiva.

Lo que sí estamos en condiciones de incorporar aprendizajes, buenas prácticas, recomendaciones sobre lo que resulta efectivo en cada momento de acuerdo al comportamiento de la pandemia. No hay una receta ya que no hay una sola Argentina, no hay un solo Brasil, ni México ni Estados Unidos. Las estrategias deben ser planificadas de acuerdo a las realidades epidemiológicas locales. Hay otras dimensiones que no son menores tienen que ver con las respuestas de los sistemas de protección social, además del sistema médico asistencial, la respuesta de la comunidad organizada, la consideración para los grupos de edades extremas (niños/adultos mayores). Es evidente que no hay una medida resumen que pueda caracterizar la evolución de la pandemia, pero es probable que un indicador complejo como el CPPC (Clima País por la Pandemia del COVID-19) resulte una aproximación inspiradora que permita conjugar indicadores epidemiológicos asequibles, nivel de autonomía social informada, información transparente y orientadora, carga de *stress* evitada, coor-

dinación político-técnica, despartidización de las intervenciones, elaboración escenarios prospectivos. Dicho en otras palabras, hay países en donde la población puede transitar la pandemia de una manera más tolerable que en otras y ello depende de la calidad de las respuestas del Estado, de las Instituciones y de la Sociedad misma, sin tensiones ni terrores impuestos.

Quizás el mejor modelo comparativo lo conforma cada país en sí mismo mediante la observación del comportamiento de la pandemia y las respuestas desde diferentes sectores de la sociedad para garantizar el derecho a la salud, sin exclusiones.

### **Rescatismo condicionado**

Hace menos de un año, asistíamos a imágenes cruentas y dolorosas de poblaciones migrantes del norte de África tratando de cruzar el Mediterráneo en lanchones o de poblaciones huyendo del territorio Sirio, buscando en forma desesperada un campo libre de plomo (bombardeos). Imágenes lacerantes de cadáveres flotando a la deriva y cuerpos de las y los niños varados en las costas del mar o sepultados entre las ruinas de Alepo. En todos los casos, el destino de los sobrevivientes se reducía a campos de refugiados como depósitos de despojos humanos. En algunos casos, el rescate estuvo circunscripto a agencias de ayuda humanitaria, organismos de defensa de los derechos humanos y algún emprendimiento personal solidario. El COVID-19, en cambio, ha generado un proceso de respuesta de parte de los países para ir a la búsqueda y rescate de congéneres mediante la pesquisa activa, la puesta en marcha de una logística compleja y costosa para que la charterización de los migrantes por voluntad propia sean repatriados como una cuestión de justicia y de defensa de su nacionalidad. En todo este escenario, los países han expresado mayor complacencia por albergar a los suyos y desistir de quienes pertenecen a otra cultura, hablan otro idioma o

tienen una disposición de sus párpados de un perfil disonante con el patrón occidental. Enfrentamos el regreso de contingentes por diferentes vías (terrestres, marítimas, aéreas), no exentos de un valor simbólico que va desde la reparación cívica a la importación de residuos tóxicos contaminantes o desechos industriales a ser almacenados y resguardados en depósitos más o menos confiables (hoteles).

### ***Trade-off* (mecanismos de compensación)**

Dentro del campo de la salud, existen metodologías de negociación para evaluar el peso o la carga asociados a ciertas problemáticas de salud y el impacto sobre la percepción del estado de salud. En este sentido, la metodología de *trade-off* invita a tomar decisiones sobre qué estamos dispuestos a resignar (en término de años de vida por vivir, sufrimientos por evitar, calidad de vida a resignar) frente a la existencia de una dolencia, una secuela discapacitante o la muerte. Un ejemplo podría ser cuántos años de la vida estaríamos dispuestos a resignar en función de un dolor intratable que impide conciliar funciones básicas como descansar o trasladarse de un ámbito a otro. El COVID-19 está induciendo a fenómenos de *trade-off* a diferentes escalas. En este sentido, el Coronavirus se ha constituido en un excelente modelo de experimentación social como expresión de la capacidad de negociación que los diferentes grupos poblacionales van desarrollando en función de la mayor capacidad de agencia y autonomía para decidir de manera informada. Entran a jugar aquí diferentes aspectos:

- **Individuales:** el hecho de pertenecer a un grupo de riesgo (>de 60 o más años, tener una comorbilidad o condición subyacente) son factores atemorizadores que inducen la adopción de comportamientos preventivos más estrictos con respecto al conjunto de la población. La presión familiar llamando al

confinamiento es también un factor protector. El confinamiento es una medida precautoria ante la mayor posibilidad de enfermar y morir.

- **Colectivos:** en este caso, el llamado al confinamiento es asumido de diferentes maneras por parte de quienes están habilitados para la medida, aquellos que ven amenazada su subsistencia en caso de no poder sostener sus espacios de trabajo, aquellos que pese a poder sostener sus esquemas de vida desafían a la norma como forma de administrar justicia por mano propia y aquellos que aprovechando la crisis y la incertidumbre sacan ventajas comparativas haciendo uso de supuestos privilegios.

En definitiva, el fenómeno de *trade-off*, contempla no sólo los niveles de salud que estamos dispuestos a resignar en función de un mal mayor, sino además aquellos aspectos inherentes a la sostenibilidad de la economía familiar, de las PyMEs, de las grandes industrias, de la producción agrícola y ganadera considerando la descapitalización progresiva secundaria a la parálisis del aparato productivo. En este escenario, somos testigos de diferentes comportamientos caracterizados, por un lado, por la generosidad, la solidaridad y el altruismo. Por el otro, por la mezquindad, la ventaja por sacar mayor rédito y la especulación a gran escala. Todas estas circunstancias son caras de la misma moneda. Es real que estos patrones de respuesta varían diametralmente en los diferentes países en función de la mayor o menor capacidad regulatoria del Estado, la existencia de una cultura social marcada por la historia (como el caso del Confucionismo para los países del Sudeste asiático) y la existencia de redes solidarias.

### **Fragmentación versus de-fragmentación sanitaria**

Hay un término históricamente utilizado para caracterizar el sistema de salud argentino: la

“fragmentación”. Ello responde a la inexistencia de un patrón funcional que permita brindar armonía al sistema proveedor de servicios en el territorio nacional. Aquí se conjugan una serie de factores e intereses condicionados por el ejercicio de un federalismo atípico, la falta de coordinación de los subsectores prestadores (público, seguridad social y privado) y, por qué no, la necesidad de mantener el *status quo* que permite que ante un sistema sanitario revuelto sigan ganando los sectores corporativos en desmedro de los usuarios y usuarias del propio sistema de salud. Llamativamente, el COVID-19 acerca una posibilidad única consistente en la generación de mesas de diálogo para la coordinación del sistema prestador. Todo ello, atendiendo a optimizar el uso de recursos (fundamentalmente camas, equipamiento y recursos humano para cuidados intensivos) y la asignación de los mismos. En nuestro caso, el Coronavirus podría actuar como agente de-fragmentador posibilitando, desde esta experiencia, coordinar instancias de planificación, comunicación, coordinación, algo necesario para una reingeniería del sistema sanitario.

Además de este potencial efecto integrador, el COVID-19 ha logrado cambiar de curso del imaginario colectivo del sistema de atención de la salud (antes medicalizador, hegemónico, biologicista) hacia un modelo humano, heroico y sensible. Ni lo uno ni lo otro. Ambas simbologías siempre coexistieron. El tema es que hoy se visualiza más el aspecto altruista de la profesión. Por su parte, los/as profesionales de la salud no reclaman aplausos a las 20 hs (en Europa) o a las 21 hs (en América Latina). Reclaman condiciones dignas de trabajo en cuanto a la seguridad salarial y la bioseguridad para contar con equipos (CDC, Atlanta, Estados Unidos) para evitar que los propios profesionales y personal auxiliar sigan engrosando las estadísticas de muertes por la pandemia, además de ser agentes transmisores.

## Transición epidemiológica forzada

Hace apenas seis meses de la publicación del presente *dossier*, el mundo se debatía en medio de la transición epidemiológica caracterizada por el descenso paulatino de las enfermedades transmisibles (infecciosas) y el aumento relativo de la no transmisibles (crónicas). Este marco teórico experimentó un derrumbe epistémico toda vez que las enfermedades transmisibles como el sarampión y dengue hacían implosión y el COVID-19 venían a ocupar las marquesinas del tablado sanitario de América Latina. Vemos así que los fenómenos de transición epidemiológica dejan de responder a patrones pautados por la existencia de tendencias predecibles, para pasar a conformar un escenario de entrecruzamientos e interdependencias que responden a los múltiples factores en juego. De allí que el fenómeno disparado por una enfermedad transmisible tendrá consecuencias propias del agente patógeno y otras producto de las recomendaciones para su prevención. Es de esperar que como consecuencia del confinamiento aumentarán problemas de salud mental (asociados a la soledad, el aislamiento, el pánico, los miedos, la incertidumbre), la obesidad como consecuencia de la vida sedentaria y la alimentación no saludable y sus consecuencias (síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, ACV), aumento de la violencia intrafamiliar (fundamentalmente violencia de género), problemas en la esfera psicosexual. Contrariamente, y como resultado de la liberación de los espacios públicos, se espera una reducción de los accidentes y sus consecuencias, de la criminalidad, de las enfermedades asociadas a la contaminación ambiental (asma y EPOC, entre otras). Este fenómeno de transición epidemiológica, deberá conformar una base de debate a futuro para aplicar una vez más criterios de *trade-off* sobre el tipo de consecuencias negativas sobre la salud que la propia humanidad está generando y el modo de mitigarlas. Quizás este sea uno de los últimos llamados de atención ya que para

un nuevo evento de estas características quizás resulte demasiado tarde.

## Endo-epidemias: los brotes no deseados

La pandemia, viene con una carga simbólica muy importante, además de la epidemiológica, de todas sus consecuencias sobre las dinámicas de la sociedad, los modos de relacionamiento y de convivencia. En este sentido, existen ciertas problemáticas de salud que pueden emerger como externalidad o consecuencias indirectas de la pandemia. Tal es el caso de la violencia de género, un fenómeno esperado como resultado del confinamiento en donde la curva sigue aumentando a escala global.

Otros fenómenos epidémicos (entendidos como el aumento desmedido de casos por encima de los promedios históricos o estacionales) tendrán relación con las patologías no-COVID-19 no resueltas y que están relegadas por causa de la pandemia. Entran a jugar una extensa serie de problemáticas de salud: problemas odontológicos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas, cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductivas, que se encuentran “reprimidas” hasta tanto la cuarentena libere los regímenes de consulta-acceso-atención. Cuando esto acontezca, habrá un incremento notable de la demanda de todas estas problemáticas. Pero también entran a jugar factores contextuales como la pobreza, el hacinamiento, la falta de provisión de agua potable, la falta de saneamiento, la falta de acceso al mundo digital y la comunicación ampliando las brechas estructurales de inequidad existentes.

No obstante, otra epidemia no infecciosa tiene relación con los comportamientos discriminatorios, en nuestro caso, de sectores que aprovechan la pandemia para realizar una avanzada contra los programas de salud sexual y reproductiva. Piensan que temas como la educación sexual integral, la anticoncepción



o la interrupción voluntaria del embarazo son ajenos al Coronavirus y, por lo tanto, no se debe invertir en estos programas durante la pandemia. Nada más alejado de la realidad. Estos programas deben ser garantizados porque además de ser un derecho, traería consecuencias catastróficas. Estos grupos, ¿asumirán el costo de las omisiones?

### **El viejo problema de ser viejo**

Hace tiempo que las leyes evitan que las y los niños sean considerados propiedad de los padres, aunque siempre hay quienes por alguna razón consideran a otros con una calidad inferior de lo humano y con la excusa de protegerlos disponen de ellos como si fueran objetos. Hoy se ha decretado que sean los adultos mayores (viejos en la expresión de cariño y respeto que recibimos de nuestros hijos y nietos) el objeto de tutela y dirección por parte de gobernantes, expertos y brazo armado, quienes con el pretexto de cuidarnos nos quiten la dignidad de personas plenas (Alicia Torres, 2020). Para cuidarnos del virus nos impiden caminar, reforzar vínculos e intercambios, encontrarnos y gozar del afecto de hijos y nietos o simplemente seguir trabajando en tareas permitidas con los cuidados de rigor. Preparándose para enfrentar el virus cierran consultorios, suspenden tratamientos y limitan la asistencia de otras dolencias de no ser caso grave. ¿Los expertos podrán comprender que si hemos llegado a viejos algo sabemos sobre lo que necesitamos y nos hace bien para cuidar nuestra salud? ¿Recordarán la importancia de consultas oportunas y tempranas no sólo por los virus?

Uno de los cambios en la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud depende de la “transición demográfica” caracterizada por la reducción de la mortalidad temprana (infantil), la reducción de las tasas de fecundidad y el aumento de la población adulta mayor como resultado del aumento de la expectativa de vida (longevidad). Este hecho lleva a un mayor consumo de insumos

y servicios de salud. Hoy, el fenómeno de transición demográfica está potenciado por el COVID-19. Es indudable que una de las consecuencias menos deseadas de la pandemia es el colapso de los dos destinos más frecuentes de la población adulta mayor: las unidades de cuidados intensivos (con una mortalidad del 50%) y las funerarias (rebasadas en su capacidad de contención en el manejo de los cadáveres). En algunos casos como en Guayaquil (Ecuador) algunas funerarias han decidido cerrar sus puertas y habilitar que las muertes acontezcan en cualquier lugar, independientemente de su factor causal. En Nueva York, el uso de fosas comunes en una isla frente a Manhattan para “pobres muertos pobres” se conforma en el destino incierto de quienes no pudieron sobrevivir. En cambio, países como Holanda y Bélgica (ambos con eutanasia legal) proponer morir en casa atendiendo a que la muerte en un hospital resulta inhumano. De allí que los fenómenos de confinamiento, si no son acompañados por mecanismos de readecuación de los sistemas de atención y acompañamiento (voluntariado telefónico o virtual, seguimiento personalizado de personas nominalizadas, acercamiento de servicios de atención, medicamentos y recursos a nivel domiciliario, entre otros) se conforma en una penalización a un grupo que de por sí es vulnerable. Todo ello atendiendo a evitar la comorbilidad asociada al confinamiento para que el mismo no supere el riesgo de practicarlo.

### **¿Quién escucha a la población infantil?**

En líneas generales, pensamos que la niñez no ha tenido ni tiene un lugar destacado en el contexto de la pandemia. La niñez no es mencionada, no tiene identidad propia, o emerge parcialmente al imaginario colectivo. Es indudable que otros grupos poblacionales han captado el interés ya sea por sus vulnerabilidades o riesgos asociados como es el caso de los adultos mayores. Las niñas y niños, por el

contrario, dado su poco compromiso clínico y afectación directa por el Coronavirus, pasaron a un lugar de poca relevancia y por lo tanto de consideración. Por su parte, aparecen otras caracterizaciones de la niñez, producto de su potencial rol de portadores y vectores de contagio que, en algunos casos, se traduce en una visión peligrosa o amenazante de los niños.

Es así que la sociedad va generando fobias y actitudes discriminatorias para todo lo que potencialmente una amenaza. De allí que nos encontramos con actitudes impensadas como la **gerontofobia** (contra los adultos mayores), el **adultocentrismo** (como expresión de la fobia contra los niños y niñas), la **galenofobia** (contra el personal de salud) y también la **fobia oriental** para aquellos ciudadanos y ciudadanas que descienden de una cultura asiática. Todos sabemos que cualquier persona que es discriminada, sea cual sea el motivo, su salud estará afectada. En suma, las prácticas discriminatorias asociadas a la pandemia constituyen un desenlace no buscado y no deseado atendiendo a sus consecuencias negativas.

En definitiva, todas aquellas respuestas basadas en los miedos, las fobias, los prejuicios, los temores, los preconceptos y los que algunos denominan “la epistemología de la ignorancia” conforman el caldo de cultivo sobre el cual se van generando nichos o guetos de fragmentación social apelando a resguardar el bien individual en desmedro del bien colectivo.

### Los mismos síntomas de la pandemia se producen en otras circunstancias

El mundo asiste atónito ante la existencia de emergentes que son el resultado de la pandemia COVID-19 sin dejar de reconocer que el mismo patrón sintomático se reproduce en otras circunstancias. Por ejemplo, la *cuarentena*, como expresión de confinamiento, ha acontecido y aún acontece con las personas con discapacidad que transcurren gran parte de sus vidas en instituciones o en sus propios hogares dada la presión social y el estigma aso-

ciado a la discapacidad (tema relevante en la población autista). El *colapso de los sistemas de salud* es moneda frecuente en zonas de conflicto bélico como es el caso del Yemen o Siria en donde la oferta de heridos y mutilados, desborda la capacidad de respuesta del sector. Las *muertes en soledad*, conforman un evento frecuente en los servicios de salud, dadas sus políticas restrictivas en el acceso de los familiares para acompañar a sus seres queridos en el tránsito hacia la muerte. La *segregación de la enfermedad* afectando a las poblaciones más vulnerables (por su edad, su condición social, su género) es algo que se reproduce globalmente como muestra de la injusticia en los patrones de distribución de recursos y de la riqueza. Las consecuencias de la crisis climática sobre la salud, es algo que se viene observando desde hace años condicionando la *emergencia de enfermedades transmisibles* y desastres naturales que resultan de la falta protección del ambiente. La *discriminación* es un fenómeno estructural anclado en las sociedades y que, independientemente del motivo que la genere, afecta negativamente el estado de salud física y mental. Como en el medioevo, la sospecha de hechicería era acompañada por mecanismos de *delación* y, en algunos casos, *represión*, propios de la actual pandemia. Podríamos seguir enunciando otros aspectos de la pandemia en lo referente en su fenotipia que, por algún motivo, la sociedad las niega, las oculta, las ignora y en algunos casos, las naturaliza.

### Infodemia

Este término, acuñado por la OMS, hace referencia a los riesgos asociados a la sobreinformación, desinformación o información no veraz (*fake*). Los aspectos comunicacionales son centrales al momento de manejar riesgos poblacionales a escala. Todo ello, con el fin de cumplir una función esencial que es la de empoderar a las personas para tomar decisiones informadas. El aparato comunicacional se conforma en una verdadera industria sobre la



cual se van construyendo estrategias políticas, de *marketing* (fundamentalmente de la industria farmacéutica y de aparatología médica, además de productos cosméticos, probióticos, desinfectantes ambientales, entre otros). Los programas periodísticos utilizan los mismos mecanismos que el virus para anclarse en un vector humano (en nuestro caso la audiencia pasiva) sobre la cual va replicándose y generando cambios funcionales atraviesan diferentes estadios: interés, avidez, dependencia, saturación, toxicidad y desgaste emocional. No es infrecuente observar profesionales médicos infecto-peregrinos deambulando por los *sets* de radio y televisión pontificando su saber coyuntural a una población ávida de argumentaciones. Todas estas circunstancias tienen un efecto positivo sobre uno de los pocos mercados que se han beneficiados de la actual crisis: el mercado de los medicamentos, los productos de limpieza, las redes sociales, los sistemas de *delivery* y los medios de comunicación. Asistimos a una transformación de las prácticas de mercado inducidas por los medios y la pandemia, usuarios y empresas, entre ellas, el “*stockeo*” de mercaderías ante el posible advenimiento del apocalipsis y el aumento extorsivo de los costos de productos de consumo habitual, un verdadero *pandemonio*.

### **Cuarentena, restricción de los derechos y dilemas éticos**

Es innegable que el COVID-19 ha generado un espacio de tensión en el ejercicio de los derechos. La cuarentena restringe las libertades, el derecho a la asociación, el derecho a la familia, el derecho al trabajo, a la libre circulación, entre otros. Son los Estados los que van dirimiendo la puja entre riesgos y beneficios a fin de encontrar un espacio de acuerdo en donde los derechos estén mínimamente garantizados. Desde el punto de vista comparado, hay países que han priorizado a los sujetos en el centro de las políticas mientras que otros países experimentan con la impunidad que

detentan algunos de sus dirigentes (Trump, Bolsonaro, entre otros) en desmedro del bien común. La desinversión en el sistema de salud pública por las drásticas políticas privatistas, exponen el lado oscuro de la pandemia. Dos artículos del presente *dossier* hacen referencia al retroceso del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS), hoy agravado por el Coronavirus. Pero, al mismo tiempo, los dilemas éticos atraviesan cada uno de los aspectos asociados a la pandemia. Unos tienen que ver con la ética al lado de la cama del enfermo en los cuales la asignación de recursos debiera estar basada en la correcta administración de justicia. Otros dilemas tienen relación con la ética en las políticas públicas (temas abordados en este *dossier*) que atienden al rol del Estado como mediador entre las necesidades de la población y las capacidades para responder a las mismas con el fin de garantizar a la salud como un derecho y no como mercancía. Los derechos reproductivos y no reproductivos también son puestos en tensión ya que prestaciones como controles prenatales, acceso a métodos anticonceptivos y a ILE si bien son reconocidas como esenciales no son percibidas como urgencia en el marco de la pandemia o pasan a un segundo plano por redistribución de recursos humanos o de espacios de atención. Sin embargo, tienen un impacto muy fuerte en la vida de las niñas y las mujeres (tema incluido en este *dossier*).

### **Los grandes beneficios y clamores**

Es indudable que el COVID-19 ha generado una serie de externalidades positivas en la sociedad que replantean el actual estado de cosas, la magnitud de lo que la humanidad ha conseguido por priorizar lo material a cualquier costo (José Mujica), la necesidad de comprender el ahora más allá de la pandemia. La toma de conciencia sobre la preservación del ambiente y la naturaleza, la importancia de las redes sociales, la cooperación entre y al interior de los países, la revalorización de las propias capacidades, la posibilidad de generar

un proyecto colectivo, nacional, constituyen algunos de los logros que nos deja este fenómeno sin dejar de reconocer otras consecuencias sobre el escenario económico global.

Uno de los aspectos más impactantes de la pandemia fue y aún es la masa de información generada para confrontar al Coronavirus. Hay una avidez sentida y genuinamente motivada por producir algún producto que sirva de guía para el manejo del problema desde la esfera familiar, institucional, comunitaria. Es así que aparecen a diario guías, manuales, protocolos, videos tutoriales, materiales educativos, sistemas de información en línea, mapas interactivos, encuestas auto-administradas, boletines epidemiológicos, foros, grupos de interés, cadenas solidarias, *blogs* de autoayuda, iniciativas religiosas, de seguros de salud, del Estado, de colectivos de artistas. Las demandas responden a cuestiones sectoriales (salud, educación, economía, desarrollo social, planificación urbana, transporte, ambiente). Dentro del sector sanitario, grupos representativos de diferentes colectivos (salud perinatal, salud sexual y reproductiva, género, salud de la niñez, adolescencia, salud mental, infectología, nutrición, seguridad hospitalaria, entre otros) buscan ganar un espacio en función de temáticas afines y de interés. La cuestión es ver de qué modo esta diversidad de intereses cuenta con un espacio de conjunción y facilitación para entender que de una u otra manera contribuyen a paliar la actual situación desbordante sin ningún tipo de exclusiones.

### Comentarios finales

El presente *dossier* sobre salud toma algunos ejemplos de políticas sectoriales desde la óptica y realidad de diferentes países de América Latina. En todos ellos, el COVID-19 se fue dando de manera disímil como reflejo de las diferentes capacidades de respuesta, compromiso social y significado político. Por sobre todas las cosas, la pandemia deja muchas enseñanzas e incertidumbres asociadas al futuro

desarrollo, pero también aprendizajes relativos a la incapacidad del capitalismo salvaje por dar respuesta a contingencias como la presente que se profundizan en contextos de inequidad.

Cuando este material esté en vuestras manos, muchas cosas habrán acontecido en nuestro país, en la región y en el mundo. Estaremos viviendo (supuestamente) los coletazos de un vendaval para el cual, como sociedad, no estábamos preparados, pero que tuvimos que asumir estoicamente tratando de caminar a tientas, en la oscuridad, buscando respuestas y soluciones en algún lugar. ¿Habremos aprendido algo de todo lo acontecido? ¿Estaremos en condiciones de vislumbrar horizontes más prometedores para la convivencia humana? Por ahora, son sólo dudas.

### Referencias bibliográficas

- Besley T, Velasco A. (2020). *Politicians can't hide behind scientists forever – even in a pandemic*. Disponible en: <https://blogs.lse.ac.uk/covid19/2020/05/06/politicians-cant-hide-behind-scientists-forever-even-in-a-pandemic/>
- CDC, Atlanta, USA. (2003). *Severe Acute Respiratory Syndrome. Personal Protective Equipment (PPE)*. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/downloads/ppeposter1322.pdf>
- Guterres, A. (2020) *Llamamiento*. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471572>
- Mujica, J. (2020). Reflexiones de Pepe Mujica desde su confinamiento. *Video: Spanish Revolution*. Disponible en: <https://www.facebook.com/SpanishRevolution/videos/reflexiones-de-pepe-mujica-desde-su-confinamiento/631790704339151/>
- Página 12. (31 de marzo de 2020). Coronavirus en Bélgica: piden que no se hospitalicen a los ancianos más débiles y se los deje morir. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/256562-coronavirus-en-belgica-piden-que-no-se-hospitalicen-a-los-an>

PNUD (2020). *Sustainable development goals*.

Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-1-no-poverty.html>

Torres, A. (2020). *Algunos viejos resistimos que nos quiten la dignidad*. Córdoba: Anisacate.

**Para citar este Artículo de investigación:**

Mercer, R. (2020). La salud, la pandemia y el pandemonio. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 23-33.