

¿Sistemas de salud resilientes para países ya resilientes? Los discursos de la pandemia en la era post COVID-19

Resilient health systems for already resilient countries? Pandemic discourses in the post-COVID-19 era

Juan Arroyo-Laguna (<https://orcid.org/0000-0002-3183-4046>)¹

Abstract *This study aimed to reconstruct and analyze the discourses of the pandemic in the post-COVID-19 era. The methodology was based on a critical review of the scientific literature on the pandemic, selecting 80 non-biomedical, clinical, or pharmacological articles published in journals indexed in Scopus or Web of Science from a sample of the 500 most cited scientific articles on the pandemic in Google Scholar. The theoretical approach was based on the debates on predictability, unpredictability, determination, and indeterminacy in the health and social sciences. As a result, six theses on the pandemic were identified and analyzed: a) the thesis of the unpredictability of pandemics; b) the thesis of pandemic denial; c) the thesis of the pandemic as a failure in predictability systems; d) the thesis of the prevention of catastrophic events with timely interventions; e) the thesis of the structural postponement of predictive care by non-developed countries; and f) the environmentalist-health thesis, of foreseeing a critical phase for the planet and humanity. We concluded on the limits of resilience as the center in preparing Latin American health systems in the post-pandemic.*

Key words Health surveillance, Disaster management, Pandemic, COVID-19, Health discourses

Resumen *El objetivo fue reconstruir y analizar los discursos de la pandemia en la era post-COVID-19. La metodología se basó en una revisión crítica de la literatura científica sobre la pandemia, seleccionándose entre una muestra de los 500 artículos científicos más citados en Google Scholar sobre la pandemia, a 80 artículos de carácter no biomédico, clínico o farmacológico, publicados en revistas indexadas en Scopus o Web of Science. El abordaje teórico se basó en los debates sobre predictibilidad e impredecibilidad, determinación e indeterminación, en las ciencias de la salud y ciencias sociales. Como resultado se identificaron y analizaron seis tesis sobre la pandemia: a) la tesis de la impredecibilidad de las pandemias; b) la tesis negacionista de la pandemia; c) la tesis de la pandemia como falla en los sistemas de predictibilidad; d) la tesis de la prevención de eventos catastróficos con intervenciones puntuales; e) la tesis de la postergación estructural de la atención de predicciones por los países no desarrollados; y f) la tesis ecologista-sanitaria, de previsión de una fase crítica para el planeta y la humanidad. Se concluyó sobre los límites de la resiliencia como centro en la preparación de los sistemas de salud de Latinoamérica en la post-pandemia.*

Palabras clave Vigilancia sanitaria, Gestión de desastres, Pandemia, COVID-19, Discursos sanitarios

¹ Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad San Ignacio de Loyola. Lima Peru. juan.arroyol@usil.pe

Introducción

América Latina tiene el 8,4% de la población mundial, pero ha tenido hasta agosto del 2022 el 24% de los contagios por COVID-19 y el 28% de fallecidos por dicha causa. Otras regiones, más pobladas, tuvieron proporcionalmente menos contagios y muertes: Asia, con el 59,5% de la población mundial, tuvo el 27,9% de contagios y 22,6% de fallecidos. Europa, con el 9,6% de la población, tuvo 36,8% de contagios y 29,3% de fallecidos. Norteamérica, con el 4,7% de la población tuvo el 16,2% de contagios y 16,7% de fallecidos.

El primer caso confirmado en Latinoamérica se registró en Brasil el 26 de febrero del 2020 y el primer fallecido, en Argentina el 7 de marzo. Desde entonces hasta agosto del 2022, la región ha pagado el costo en vidas de 1 millón 711 mil fallecidos por la pandemia¹. Evidentemente el costo no ha sido igual entre todos los países latinoamericanos. Se observa en la Tabla 1 que el Perú sobresale en términos de fallecidos por COVID-19 por millón de habitantes, con una tasa de 6.366, siguiéndole Brasil y Chile, por encima de 3.000 fallecidos. Un segundo grupo está compuesto por Paraguay, Argentina, Colombia, México, Uruguay y Ecuador con tasas de mortalidad entre los 2.012 y 2.877. Un tercer grupo con tasas menores comprende a Bolivia, Costa Rica y Cuba, entre otros, por debajo de 1.800 fallecidos por millón. Sea cual fuere la variación entre países, el promedio regional es alto (2.659), por encima del de la OECD (2.137) y de otras regiones del mundo.

¿Por qué esta desproporción en desfavor de Latinoamérica? ¿Qué hicimos mal? ¿No tenemos capacidades de gestión sanitaria ante las epidemias y pandemias? ¿Es un problema centralmente de nuestros sistemas de salud? ¿Era posible otro resultado con nuestros tipos de sociedades?

Y ahora, hacia el futuro, ¿habremos aprendido la lección? ¿Cuáles son las grandes lecciones? ¿El discurso central que emana del Norte sobre la conversión de nuestros sistemas de salud en resilientes, en adaptar lo que tenemos ante la eventualidad de nuevas pandemias, debe ser el eje de nuestras soluciones para ellas? ¿No necesitaremos entrar a una nueva batalla por las ideas sanitarias en la era post COVID-19, que permita otra lectura de lo que tenemos enfrente?

Metodología

El presente artículo revisa y discute la literatura que intenta responder a estos interrogantes, bajo la hipótesis de que el aprovechamiento de la ventana de oportunidad que significa la crisis socio-sanitaria vivida depende de la evaluación de cuán predecible y afrontable se consideran estas crisis, lo que requiere evidencias, pero también de enfoques adecuados para valorarlas. Está en juego la narrativa central sobre el tipo de normalidad post-pandémica en toda Latinoamérica, que incluye a sus sistemas de salud.

El estudio se basa en una revisión de la literatura científica de carácter no médico, clínico o farmacológico sobre la pandemia. Utilizando los descriptores de búsqueda generales como: <pandemic COVID-19>, <SARS-CoV-2>, <coronavirus> se encontraron 437.000 resultados en Google Scholar, 150.804 en PubMed y 28.428 en Science Direct, desde el año 2020 a agosto del 2022. El análisis de una muestra de los 500 artículos científicos más citados en Google Scholar reveló que la mayor parte de la producción global sobre la pandemia (84%) es de carácter biomédico. El 16% restante busca una interpretación más global de lo sucedido y pistas de políticas públicas hacia adelante. La revisión crítica de estos 80 artículos científicos, editoriales y comentarios en revistas indexadas en Scopus o Web of Science ha sido el material de base, para la presente reflexión sobre el estado de la cuestión.

Resultados

La literatura sobre la pandemia y el espectro de lo predecible e impredecible

Desde los primeros casos en Wuhan ha habido mucha producción científica sobre el COVID-19, la mayoría desde la virología, biología molecular, ingeniería genética, medicina clínica y medicina veterinaria. Pero ha habido también lecturas más panorámicas de la pandemia provenientes de la epidemiología, salud pública, ciencias sociales y humanidades, y estas lecturas pueden clasificarse en un continuo entre dos extremos: desde la teoría del Cisne Negro o impacto de lo altamente improbable de Taleb², hasta las teorías ecologistas-salubristas, que han terminado en la propuesta de Una Sola Salud o articulación entre la medicina humana, la medicina veterinaria y la ecología^{3,4}.

Tabla 1. Países latinoamericanos seleccionados: test, casos y muertes por COVID-19, marzo 2020 – agosto 2022.

País/indicador	Test totales	Casos totales	Muertes totales	Total de casos por 1M de personas	Total de muertes por 1M de personas	Población
OECD	2.396.487.922	366.059.039	2.975.676	262.844	2.137	1.392.684.554
Latinoamérica	255.623.597	75.154.524	1.711.694	116.769	2.659	643.619.068
Perú	28.971.116	3.966.898	214.637	117.658	6.366	33.715.472
Brasil	69.951.873	34.018.371	679.996	158.722	3.173	214.326.223
Chile	39.773.213	4.306.955	59.800	220.947	3.068	19.493.184
Paraguay	2.609.819	710.890	19.289	106.043	2.877	6.703.799
Argentina	36.663.990	9.602.534	129.440	212.085	2.859	45.276.780
Colombia	35.241.195	6.278.998	141.075	121.883	2.738	51.516.562
México	15.569.464	6.857.470	328.320	54.121	2.591	126.705.138
Uruguay	6.086.835	971.728	7.415	283.612	2.164	3.426.260
Ecuador	2.870.685	975.234	35.811	54.795	2.012	17.797.737
Bolivia	4.440.371	1.064.405	22.095	88.117	1.829	12.079.472
Costa Rica	3.677.525	1.044.385	8.754	202.638	1.699	5.153.957
Guatemala	4.067.775	802.744	17.139	45.588	973	17.608.483
Cuba	5.296.762	1.108.827	8.529	98.507	758	11.256.372
Venezuela	-	538.435	5.768	19.094	205	28.199.866
Haití	206.594	32.464	838	2.836	73	11.447.569
Nicaragua	196.380	14.447	236	2.109	34	6.850.540

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de Our World in Data (2022 ago 8)³.

Estos escritos más generales sobre la pandemia se podrían clasificar en seis tesis de lo sucedido: a) la impredecibilidad de las pandemias; b) el negacionismo de la pandemia; c) la pandemia como falla en los sistemas de predictibilidad; d) la prevención posible de eventos catastróficos con intervenciones focalizadas sobre las variables críticas; e) la postergación estructural de la atención de las predicciones por los países no desarrollados; y f) la ecologista-sanitaria, de previsión de una fase crítica para el planeta y la humanidad.

Es evidente que no hay fronteras precisas entre estas aproximaciones a la pandemia y se dan muchas mezclas, pero la ubicación en alguno de estos posicionamientos tiene obvias implicancias sobre lo que se proponga hacia adelante.

La impredecibilidad o el caso fortuito

La tesis de la impredecibilidad es la del azar en la historia, entendida como una sucesión de cisnes negros o eventos raros, de alto impacto e imprevisibles. Es cierto que estamos de retorno de las comprensiones racionalistas deterministas que dominaron buena parte de los siglos XIX y XX. El conductismo estaba dando cuenta desde Khaneman⁵, Thaler et al.⁶ y Akerlof et al.⁷, de los

últimos resabios del *homo economicus*, planteado como predecible según el cálculo de sus intereses. Pero este reenfoque entre lo racional y lo intuitivo, entre lo estructurado y semiestructurado o desestructurado, no implica la indeterminación.

Los estudios que se autolimitan a la búsqueda del “caso cero” en el mercado de Huanan, se acercan a la tesis de la impredecibilidad o contagio aleatorio, bajo el supuesto de la existencia de eventos de infecciones sin determinantes atrás. La exaltación estos dos últimos años por parte de ciertos seguidores de un tropicalismo tradicional ha intentado centrar el tema en los detalles de los primeros casos en el lado sur-oeste del mercado de Huanan y perdido así de vista el conjunto^{8,9}. Según esto, en un acto hipotéticamente fortuito un virus que coexistió miles de años con los murciélagos pasó a los humanos. Pero dicha transmisión, si no hubiera sido en Wuhan hubiera sido en cualquier otro sitio del planeta, porque la multiplicación de las zoonosis es el síntoma de nuestro tiempo. El asunto es por qué.

El negacionismo de la pandemia

Fue relativamente fácil que se pasase de la tesis del SARS-CoV-2 como un suceso raro e im-

predecible a la negación de su existencia real o de su gravedad o incluso a la tesis de facilitar la “inmunidad de rebaño”^{10,11}.

Así se abrieron tres años de negacionismo de la intervención pública, en supuesta defensa del individuo. Los gobiernos conservadores dejaron que inicialmente se extendiera el virus sin restricciones, postergándose medidas de distanciamiento social o inmovilización¹². Esta retórica planteaba una pretensión moral de libertad sin responsabilidad¹³. Una vez más estábamos ante el dilema de la acción colectiva o tragedia de los comunes en sociedades con primacía de los intereses individuales: no existen bienes públicos, ni por tanto salud pública o colectiva.

Sea con la tesis de que el COVID-19 era fruto de alguna conspiración, o que la comunidad científica estaba equivocada, o que el coronavirus no tenía la gravedad que se le adjudicaba, o que no eran necesarias mascarillas ni cuarentenas ni vacunas, países como Estados Unidos, Inglaterra, Brasil, Argentina, México, quedaron inermes un tiempo ante la pandemia¹⁴⁻¹⁶. Como dice Pavio-tti¹⁷, en este contexto de *fake news*, miedos, especulaciones y desinformación, se estableció otra batalla: la lucha política por el control de la narrativa.

Las fallas de los sistemas de predictibilidad

La mayor parte de la literatura se ha abocado a examinar pragmáticamente las fallas en la detección temprana de la pandemia. Desde esta mirada de la pandemia, se trata de una falla de gestión de muchos gobiernos, de las que ciertamente ha habido numerosas antes. Y han costado muchas vidas: toda demora, omisión y decisión errónea, se traduce, en una crisis, en morbimortalidad evitable masiva.

La demora de 71 días por el Comité de Emergencias de la OMS para declarar la pandemia ha quedado en la memoria de los especialistas y autoridades de salud pública del mundo, como una de las cosas que no se pueden repetir. Han empezado a rediscutirse las regulaciones internacionales en salud que definen los pasos para reportar pandemias y disponen medidas de control. Ha quedado la sensación de que es necesario un nuevo “tratado sobre las pandemias”¹⁸, cuyo borrador se ha anunciado para el 2024, demasiado lejos.

La pandemia del COVID-19 desnudó décadas de debilitamiento del Estado y su incapacidad de gestión de riesgos dada la inexistencia práctica de anticipación y planificación. No se

advirtió la incorporación de Latinoamérica a la era global de las pandemias, porque ésta no es la primera pandemia. A propósito del coronavirus, la sociedad global recordó las pandemias del siglo XX y XXI, aunque no se aprendieron muchas lecciones de las anteriores.

En realidad, los grandes sucesos en la historia siempre se preanuncian por precursores sin que nadie les haga caso. Todavía resuenan en nuestros oídos las advertencias tempranas de Laurie Garrett: “Mientras la raza humana lucha contra sí misma, luchando por un territorio cada vez más poblado y recursos más escasos, las ventajas se trasladan al campo de los microbios. Son depredadores y saldrán victoriosos si nosotros, el *Homo sapiens*, no aprendemos a vivir en una aldea global racional”¹⁹. Osterholm²⁰ advirtió que se estaba acabando el tiempo para prepararnos para una pandemia. Webster²¹ predijo dos años antes que solo era cuestión de tiempo para presenciar otra pandemia mortal y perturbadora. Casi todos los responsables de estudiar desastres y emergencias globales sabían y anunciaban que se venía una pandemia²². Los primeros fueron los ecologistas y hoy resulta claro que su mensaje precursor era acertado. La zoonosis de la que deriva el SARS-CoV-2 es, para una buena parte de la literatura especializada, una reacción a un arrinconamiento exacerbado del planeta²³.

En cuanto a Latinoamérica se refiere, la demora en ponerse plenamente en acción fue de dos meses pues los primeros casos de COVID-19 fueron advertidos a fines de febrero y sobre todo en marzo del 2020 y ahí despertó la región. Todo lo anterior fue un ritmo de espera y una muy débil preparación, salvo excepciones. Pero entre la primera y segunda quincena de marzo, cuando comenzaron los contagios y muertes, como en un dominó, todos los países cerraron sus fronteras y tomaron medidas de emergencia e inmovilización obligatoria o cuarentenas. Argentina el 11 de marzo entró en estado de emergencia o estado de excepción, Colombia y Bolivia el 12 de marzo, Perú el 15 de marzo, Costa Rica el 16 de marzo, Brasil el 20 de marzo, y México el 30 de marzo²⁴. Los países se cerraron y los gobiernos y sistemas de salud latinoamericanos dieron en esa quincena un giro brusco. Es más, muchos signos de alarma previos de esos dos meses ahora se saben fueron minimizados u obviados. Recién se descubren muchos casos presentados en febrero, no notificados ni estudiados.

Hay una vasta producción escrita sobre la debilidad de los sistemas de alerta temprana de los ministerios y gobiernos, como veremos²⁵. Efecti-

vamente ha habido desatención. ¿Pero es sólo la de esos dos meses nada más?

El problema con este tipo de literatura es que considera las emergencias sanitarias como hipos periódicos de una sociedad normal. No hay que corregir la sociedad sino el hipo. No se pregunta por qué la reincidencia de estas mismas emergencias, y si los sistemas de vigilancia están para apoyar la resolución de los temas o más bien para paliarlos y postergarlos para la próxima ocasión. Por eso actúan proactivamente para emergencias que consideran naturalmente repetibles. El problema es, dado el contexto global actual y la precariedad de la mayoría de las sociedades y sistemas de salud latinoamericanos, ¿no vivimos casi en una emergencia sanitaria continua, convertida en nuestra normalidad?

La posibilidad de prevenir eventos catastróficos com intervenciones puntuales

Otro tipo de literatura busca generar evidencia con el fin de prevenir próximas eventualidades, con el refuerzo de los sistemas de salud y los entornos societales. Para ello se han multiplicado los estudios sobre las combinaciones de variables, indicadores y categorías explicativas de los dos grandes resultados de la pandemia, los contagios y los fallecidos por COVID-19. Entre ellos, están los estudios de Acosta²⁶, García, Alarcón et al.²⁷, Schwalb et al.²⁸ y Cid et al.²⁹ El valor de esta literatura última es que, además de capturar las variables críticas hacia atrás, permite priorizar hacia adelante dónde enfatizar las intervenciones para que no se repita lo sucedido. El interrogante es si un abanico de intervenciones puntuales garantiza la no repetición de sucesos sistémicos.

La postergación estructural de la atención de predicciones por los países no desarrollados

Esta tesis desborda a las anteriores en tanto los decisores ya no se proponen atender los pronósticos, cuando los hay. Se trata de autoridades y gestores de sociedades desprotegidas, con sistemas de salud precarios, esto es, la mayoría de los países de Latinoamérica.

Se sabe lo que se viene, pero no se actúa en consecuencia. Se procede así al manejo retórico de situaciones de exclusión sanitaria, siendo normal la no aplicación de la ley de manera intencional y revocable. El concepto de *forbearance* de Holland³⁰, explica este “incumplimiento normalmente tolerado”. En América Latina el *forbearance* se emparenta con la omisión como política. De

acuerdo con McConnell et al.³¹, el estudio de las políticas públicas ha estado caracterizado por un sesgo hacia el estudio de la actividad estatal, más no se ha centrado en el análisis de su inactividad. En muchos países del sur, el Estado conoce las brechas que no le permiten garantizar los derechos a su población y por eso, permite una cultura política de “incumplimiento consentido”. Por eso mismo la resiliencia de los sistemas de salud no bastará para las próximas crisis.

Porque en Latinoamérica la pandemia derrotó no sólo a los sistemas de salud, sino al modelo histórico de sociedades iberoamericanas sin regímenes de protección social universales^{32,33}. Los sistemas de salud de la región no están organizados en términos prácticos según el principio de Salud para Todos, sino de Salud para Algunos³⁴. Hay un déficit permanente de oferta accesible para toda la población, que expresa un nivel de exclusión permitido y es parte del mecanismo de reproducción de la vieja normalidad. Esta subcobertura se expresa en el sobre-desgaste de la población, laboral o informal, y por tanto en un exceso de morbimortalidad evitable y pérdida de años de vida saludables desde antes de la pandemia.

A esos sistemas de salud, se les pidió en la pandemia resolver el problema que los estados y gobiernos no habían podido o querido resolver durante décadas. La mayoría de los países tenía sociedades y sistemas de salud precarios. Dado que los países latinoamericanos tienen modelos diferentes de reproducción, éstos se organizan alrededor de puntos de equilibrio o de desequilibrio diversos, con niveles de fuerzas centrípetas y centrífugas variables, promedios de desgaste o sobre desgaste variables, existiendo así países protegidos, semi-protegidos y desprotegidos, países de alta, mediana y baja resiliencia, países más o menos letales y contagiosos, desde antes de la pandemia.

Y todo ello se expresó en la pandemia. El “binomio sociedad-sistema de salud” decidió en buena medida el volumen de contagios y el exceso de mortalidad. Se desprende de las cifras de la Tabla 2 que los países con niveles de pobreza mayores, con altos niveles de informalidad, con porcentajes elevados de sus riquezas concentrados en sus quintiles superiores, sin agua de calidad segura, entre otras variables societales, estaban predestinados al fracaso. Y viceversa.

Hacia marzo del 2020 los gobiernos encargaron a sus sistemas de salud salvar a sus sociedades. Pero la mayoría de éstos, como se observa en la Tabla 3, llegó a la pandemia con escasos recursos, con un gasto público bajo y un gasto de bol-

Tabla 2. Variables sociales de países latinoamericanos seleccionados, en prepandemia y en pandemia.

País/ indicador	Población en situación de pobreza extrema y pobreza (%)		Empleo informal (%)		Ingresos totales del 20% de la población con menores ingresos (%)		Ingresos totales del 20% de la población con mayores ingresos (%)		Población que utiliza servicios gestionados de forma segura de agua potable (%)	
	(2018)	(2020-2021)	(2018)	(2020-2021)	(2018)	(2020)	(2018)	(2020)	(2018)	(2020)
	Venezuela	90,2	94,5	48,5	84,5	-	-	-	-	
Cuba	-	72,5	-	-	-	-	-	-		
Haití	-	60,0	-	-	-	-	-	-		
Honduras	50,4	59,2	70,0	80,0	3,4	-	53,1	-	18,4*	18,7*
México	49,9	52,8	57,6	57,1	4,9	5,0	52,6	51,2	42,8	43,0
Colombia	34,7	39,3	62,4	63,2	4,0	2,8	55,4	58,3	72,9	73,0
Argentina	24,4	39,2	48,5	48,9	5,0	4,8	46,5	47,3		
Bolivia	39,9	39,0	80,7	84,9	4,5	4,7	47,5	49,0		
Ecuador	23,2	27,7	62,6	68,6	4,6	4,1	51,0	52,3	66,4	66,8
Paraguay	24,2	26,9	70,3	69,3	4,8	5,3	51,5	49,3	63,9	64,1
Perú	20,5	25,9	68,5	70,1	5,0	4,8	47,9	49,1	50,7	51,3
Brasil	25,3	24,1	39,8	39,4	3,1	4,5	58,3	54,7	84,3	85,8
Costa Rica	21,1	23,0	40,3	40,8	4,3	4,0	53,3	54,4	80,5	80,5
Chile	8,6	10,8	29,3	27,1	-	5,5	-	51,6	98,8	98,8
Uruguay	8,1	10,6	24,0	21,9	5,9	5,7	45,9	46,2	94,6*	94,6*
Panamá	21,4	-	51,4	55,7	3,6	-	53,6	-		

Fuente: Autores – población en pobreza y extrema pobreza en base a datos obtenidos de CEPALSTAT; empleo informal en base a datos obtenidos por ILOSTAT; data de agua potable en base a WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation; ingresos de quintiles, data del Banco Mundial. * En los casos de Honduras y Uruguay, el indicador sólo se encontraba a nivel rural y urbano, respectivamente.

Tabla 3. Recursos de los sistemas de salud de países latinoamericanos seleccionados, pre y en pandemia.

País/ indicador	Gasto público per cápita en salud (dólares)	Gasto público en salud (% del PBI)		Médicos por cada 10,000 hab.	Enfermeras por cada 10,000 hab.	Camas hospitalarias por cada 1000 hab.	Camas UCI por cada 100,000 hab.		Velocidad promedio de internet de banda ancha fija en Mbps*	
	(2017)	(2018)	(2021)	Datos más recientes	Datos más recientes	Datos más recientes	(2018)	(abril 2020)	(abril 2018)	(agosto 2022)
	Uruguay	1.165	6,2	7,5	49,4	72,2	2,4	19,9	20,2	35,9
Cuba	877	9,9	12,6	84,2	75,6	5,3			3,9	6,9
Panamá	729	4,7	4,9	16,3	32,1	2,3			34,5	152,3
Costa Rica	659	5,4	6,7	33,0	38,0	1,1			11,4	76,1
Chile	739	5,5	5,7	28,4	43,5	2,1	7,0	10,6	47,4	285,9
Argentina	692	6,0	6,8	40,6	26,0	5,0	19,0	25,8	19,7	75,6
Colombia	367	5,9	6,0	23,3	14,6	1,7	-	6,8	13,8	113,2
Brasil	355	3,9	4,6	23,1	74,0	2,1	8,0		23,6	151,6
El Salvador	184	4,5	6,4	28,7	18,3	1,2	1,2	1,6	8,4	35,5
México	259	2,7	3,3	24,3	28,5	1,0	2,0	6,6	22,4	71,9
Perú	255	3,2	4,1	13,7	29,8	1,6	0,9	4,1	22,4	74,6
Ecuador	310	4,9	4,4	22,2	28,3	1,4	1,5	2,7	13,1	57,4
Bolivia	171	4,8	4,5	10,3	15,6	1,3			6,9	31,5
Paraguay	175	3,0	3,9	10,5	16,6	0,8			27,8	88,7
Guatemala	93	2,2	3,0	12,4	22,4	0,4			7,9	33,8
Nicaragua	104	5,1	5,8	16,7	15,5	0,9			6,6	54,4
Haití	8	0,9	0,8	2,3	3,9	0,7			8,3	24,1

Fuente: Autores, en base a data del World Bank y World Health Organization.

sillo elevado. Este último estaba en promedio en 32% del gasto total en salud el 2019, mientras era del 21% en la OCDE. El gasto público per cápita solo en los casos de Costa Rica, Panamá, Cuba y Uruguay superaba los 700 dólares anuales y había muchos países en rangos entre 100 y 300 dólares por año. El gasto público en salud respecto al PBI variaba en la mayoría de los casos entre 3% y 6%. Las tasas de médicos, enfermeros y camas tampoco superaban los estándares de la OMS. No sorprende entonces que la región, con el 8,4% de la población, haya producido el 15,3% del exceso de mortalidad global. Encima la pandemia incrementó la cifra de pobres el 2020 a 204 millones y de pobres extremos a 81 millones, y elevó el coeficiente de Gini en 0,7 como promedio regional del 2019 al 2020³⁵. Fue un círculo vicioso: la desigualdad agravó la pandemia, y ésta generó aún más desigualdad.

Los gobiernos fueron tan conscientes del déficit de oferta que, en marzo del 2020, trataron de cubrir apuradamente la brecha de recursos para reforzar sus servicios, aunque era muy tarde. Hubo un gran viraje tratando de hacer en meses lo que se había descuidado en décadas.

Todo hacía falta, en todos. Todos eran resilientes desde antes de la pandemia, porque parte de su trabajo era gerenciar la escasez, hasta donde se podía. Ahora, pensadores desde el Norte, desde los países con Estados de Bienestar o con mejores sistemas de salud, les piden a los sistemas de salud latinos más resiliencia aún^{36,37}.

La gestión sanitaria de la pandemia fue un momento excepcional de la vida de los sistemas de salud, con algunas de las siguientes características:

El Estado, largamente vituperado, pasó al primer plano y mostró que debía conducir la respuesta a la pandemia.

Se despertó del letargo de la Nueva Gestión Pública, de su fraccionamiento de lo estatal con la división de funciones, del largo bloqueo de la coordinación, y de su cultivo de lo privado como naturalmente lo mejor.

La vieja maquinaria pública se exigió al máximo y dio origen a una etapa de gran productivismo.

Creció la fuerza de trabajo en salud, con la integración masiva de nuevos recursos humanos, incluyendo estudiantes de últimos años.

Pese a contarse en la mayoría de los casos con niveles de atención primaria dañados, el personal de base asumió los tamizajes tempranos y luego las vacunaciones, y se quebró por un lapso el intra-muralismo y la atención a la demanda.

En países con ciertos niveles de digitalización, se expandió el teletrabajo y el trabajo híbrido, presencial y virtual; donde no lo había, empezó el aprendizaje nacional de lo digital a marcha forzada. La pandemia expandió fuertemente la digitalización y el ancho de internet (Tabla 3).

La situación obligó la reparación de cadenas de aprovisionamiento, crónicamente débiles o quebradas, con periodos de desabastecimiento de insumos y medicamentos, superándose de paso la lógica eficientista del *just in time*, para pasar a una provisión con mayores márgenes.

Los servicios asumieron una política de sobre-explotación masiva del trabajo presencial, pero en muchos casos, también, el personal de salud se sumergió en una autoexplotación masiva voluntaria, con el consiguiente *burn out* y problemas de salud mental.

Si bien hubo algunos países que extendieron legalmente la jornada laboral del personal de salud, la mayoría de los profesionales y trabajadores de salud entendió que era una emergencia, e hicieron lo propio.

Se trató de una etapa especial de desprotección relativa de los recursos humanos en salud, para proteger de emergencia a sus sociedades.

Reapareció con más fuerza el cuidado doméstico de la salud y la sociedad paliativa, todavía bajo rol femenino, y el formato de la familia como unidad de resiliencia central.

Fue un acto de generosidad masiva el que millones de profesionales y trabajadores de salud de Latinoamérica cargaran con la deuda social y sanitaria generada y pasaran, en cumplimiento de su deber, a la primera línea de batalla, dando su cuota de sacrificio para compensar el “descuido estructural o histórico”. La OMS estimó que entre enero del 2020 y mayo del 2021 habían muerto entre 80.000 y 180.000 trabajadores por COVID-19, confluyendo en una cifra promedio de 115.000 muertos³⁸. Una buena parte de ellos, latinoamericanos.

La predicción ecologista-sanitaria

Felizmente estos no han sido los únicos mensajes globales surgidos en este *momentum* de creación del futuro post-pandémico. Mucha más promesa para Latinoamérica y la humanidad contiene la posibilidad de una lectura ecologista-sanitaria de lo sucedido. Los animales y humanos compartimos cerca de 300 enfermedades y un 60% de las enfermedades infecciosas humanas conocidas son de origen animal (domésticos o salvajes)³⁹. Por eso hoy se abre paso en la salud

pública mundial la convicción de que, de ahora en adelante, se van a tener que estudiar conjuntamente la salud humana, salud animal y los ecosistemas, bajo el nuevo concepto de «Una Salud». Lo dijeron precursoramente Steele⁴⁰ y Schwabe⁴¹. Y desde entonces el calentamiento global ha modificado aún más la epidemiología de las enfermedades zoonóticas y alterado las interacciones entre los hosts, vectores y agentes patógenos⁴². La salud humana y la medicina veterinaria están ya y estarán muy ligadas.

Sin embargo, el planteamiento ecologista-sanitaria va más allá de las zoonosis, por la crisis planetaria multidimensional que vivimos. Coloca en el centro la crítica al modelo de producción y de sociedad basada en el uso intensivo de recursos, el consumismo y el privilegio de la eficiencia como métrica de vida. Muchas de las construcciones previas en el campo de la salud, como la promoción de la salud, determinantes sociales, prevención y atención primaria, teorías del cuidado, estilos saludables de vida, entre otras, empujan parcialmente con las teorías ecologistas, pero los sistemas de salud solo podrán superar su rol asignado de reparadores de daños, cada vez más imposible de cumplir en estos nuevos tiempos, si fusionan su acervo en este *framework* más amplio de la vida en armonía entre la humanidad y el planeta⁴³. En este vínculo preliminar entre el ecologismo y la salud pública o colectiva, las filosofías de la salud casi no han entrado al debate, salvo contadas excepciones⁴⁴.

Hay que mirar a la post-pandemia no como una simple restauración de los dilemas anteriores entre neoliberalismo y salud colectiva, porque ha abierto más la agenda sanitaria del futuro: a) La colosal crisis sanitaria fue también un gran momento de un resurgimiento de *expresiones libres de la naturaleza* en todas las ciudades del mundo en cuarentena, casi como un adelanto de cómo sería el planeta sin todo el “ruido” de nuestra presencia: “La fauna recoloniza la ciudad ante el confinamiento por el coronavirus”, exclamaba la prensa mundial en marzo del 2020⁴⁵. b) Fue también una gran ocasión para manifestaciones de una *nueva convivencia social*, forzada por la necesidad de la sobrevivencia, pero igualmente desinteresada. Y c) una etapa de aprendizaje global de una *cultura neo-higienista*, obligada por el contagio, pero proyectable ahora como propuesta post-pandémica en términos de políticas públicas de ordenamiento territorial, zonificaciones urbanas pro-verdes, viviendas ventiladas, transporte decente, espacios amplios para el tiempo libre y otra sociabilidad cotidiana⁴⁶.

Discusión

La revisión crítica de la literatura que hemos hecho sobre las diferentes miradas sobre la pandemia tiene implicancia prospectiva sobre los sistemas de salud del futuro. Las tesis a) del cisne negro y la b) negacionista, son las más dañinas para la salud; las tesis c) sobre fallas en los sistemas de vigilancia en salud y d) sobre intervenciones focalizadas, parecen encerrar, con sus límites, parte de las soluciones; pero las tesis e) sobre la postergación estructural para atender predicciones anunciadas, y f) sobre la previsión ecologista-sanitaria de la apertura de una fase crítica para el planeta, parecen encerrar la médula del problema y sus soluciones.

En los tiempos pre-pandemia la agresividad del modelo económico había reposicionado a los sistemas de salud como centralmente curativos, si bien con niveles diferentes de trabajo preventivo-promocional según los países. Pero cuando el gasto público en salud es mínimo, incluso deja de pagar la reparación del conjunto y descrema la franja que le es útil, escenario en el que estábamos. Éste era el curso real de las cosas, la política pública real de salud en muchos países, no en todos, mientras la política pública formal se llenaba de una retórica por principios, al mismo tiempo que la multiplicación de innovaciones superpuestas desorganizaba la práctica de los sistemas y servicios latinoamericanos. Se formaban así sistemas híbridos confusos, reformas infinitas y modernizaciones superficiales.

El problema nuevo es que el cambio climático se ha añadido en la balanza, en contra, y en ese contexto de economías productoras de desastres y pandemias, el contrapeso efectivo de los viejos sistemas de salud reparadores al paso, puede aún ser menor. Lo que implica que hay que terminar esta etapa y volver a modelos claros de organización y financiamiento hacia el universalismo. En este contexto la preparación de la próxima pandemia no puede ser, entonces, sólo un problema de resiliencia.

Por último, Latinoamérica tuvo muchos errores, pero finalmente se posicionó mayoritariamente en el concierto global de enfoques sobre ética y justicia social que se pusieron en juego ante la pandemia. Para defenderse de la pandemia debió rechazar la solución anarco-liberal del individualismo extremo, que ya no era la de los liberales clásicos, amigos de los *checks and balances*, sino la de Ayn Rand, que condena el altruismo como irracional y alienta la moral del individuo como el valor absoluto. Podemos

imaginarnos las implicancias neomalthusianas de este planteamiento en medio de la pandemia. Lamentablemente Latinoamérica no había construido la solución europea de un gran prestador y garante de la salud, como los regímenes de bienestar que fundaron décadas atrás Marshall, Titmuss y Beveridge, pese a ser el camino más afín a nuestro universalismo en salud. Por eso, ya en medio de la crisis, los gobiernos asumieron la defensa humanitaria y social de las poblaciones respaldándose pragmáticamente en la solución benthamiana de la gerencia de crisis y las soluciones ex-post, las únicas posibles ya en medio de la batalla, si bien tienen menos techo para las crisis sistémicas que se vienen. Esto, mientras otros pueblos apelaban centralmente a Hobbes y al Leviatán, como los países asiáticos.

Por encima de todo, empero, la movilización global por salir de la pandemia se levantó sobre el cimiento kantiano de la defensa irrestricta de la dignidad humana sea cual fuese la edad o la procedencia étnica, de género o social, principio que ha sido el organizador de la respuesta mundial a la pandemia. Era la primera vez de una acción mundial de estas dimensiones.

Toca a Latinoamérica, la región que más sufrió y una de las que más luchó, porque no tuvo tantas experiencias previas como Asia u otras regiones, organizar su mensaje a la salud pública global contemporánea, que deberá venir en clave ecológico-sanitaria, multicultural, feminista y descolonizadora. Porque se terminó el mundo de una sola voz. Esa es la importancia del momento para la región.

Referencias

1. COVID-19 Data Explorer [Internet] 2022. England: Our World in Data; c2020-2022 [citado el 15 de agosto de 2022.] Disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/daily-cases-covid-19>
2. Taleb NN. *El Cisne Negro: El impacto de lo altamente improbable*. Barcelona: Paidós; 2008.
3. Schwabe CW. *Veterinary Medicine and Human Health*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984.
4. Dente MG, Riccardo F, Declich S, Milano A, Robbati C, Agrimi U, Mantovani A, Morabito S, Scavia G, Cubadda F, Villa L, Monaco M, Mancini L, Carere M, Marcheggiani S, Lavazza A, Farina M, Dar O, Villa M, Testori Coggi P, Brusaferrero S. Strengthening preparedness against global health threats: a paradigm shift. *One Health* 2022; 14:100396.
5. Kahneman D. *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Penguin Random House; 2014.
6. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. London: Yale University Press; 2009.
7. Akerlof G, Shiller R. *Animal Spirits: How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press; 2009.
8. Maxmen A. Wuhan market was epicentre of pandemic's start, studies suggest. *Nature* 2022; 603(7899):15-16.
9. Worobey M, Levy JI, Malpica Serrano L, Crits-Christoph A, Pekar JE, Goldstein SA, Rasmussen AL, Kraemer MUG, Newman C, Koopmans MPG, Suchard MA, Wertheim JO, Lemey P, Robertson DL, Garry RF, Holmes EC, Rambaut A, Andersen KG. The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. *Science* 2022; 377(6609):951-959.
10. Ashton J. COVID-19 and herd immunity. *JRSM* 2022; 115(2):76-77.
11. Jung F, Krieger V, Hufert FT, Küpper JH. Herd immunity or suppression strategy to combat COVID-19. *Clin Hemorheol Microcirc* 2020; 75(1):13-17.
12. Bourgeron T. 'Let the virus spread'. A doctrine of pandemic management for the libertarian-authoritarian capital accumulation regime. *Organization* 2021; 29(3):401-413.
13. Bustamente T, Hübner Mendes C. Freedom without responsibility: the promise of Bolsonaro's COVID-19 denial. *Jus Cogens* 2021; 3:181-207.
14. Douglass K. Covid-19 conspiracy theories. *Group Process Intergroup Relat* 2021; 24(2):270-275.
15. Uscinski JE, Klofstad C, Funchion J, Wuchty S, Murthi M, Enders AM, Seelig M, Everett C, Premaratne K. Why do people believe COVID-19 conspiracy theories? *Harv Kennedy Sch Misinformaton Rev* 2020; 1(spe.):1-12.
16. Herrera-Peco I, Jiménez-Gómez B, Romero Magdalena CS, Deudero JJ, García-Puente MG, Benitez de Gracia E, Ruiz Núñez C. Antivaccine movement and COVID-19 negationism: a content analysis of Spanish-written messages on Twitter. *Vaccines (Basel)* 2021; 9(6):656.
17. Paviotti A. God and COVID-19 in Burundian social media: the political fight for the control of the narrative. *J African Media Studies* 2021; 13(3):385-397.
18. Hannon E, Hanbali L, Lehtimäki S, Schwalbe N. Why we still need a pandemic treaty. *Lancet Glob Health* 2022; 10(9):E1232-E1233.
19. Garret L. *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*. New York: Farrar Straus Giroux; 1994.

20. Osterholm M. Preparing for the next pandemic. *Foreign Affairs* 2005; 84(4):24-37.
21. Webster RG. *Flu Hunter: unlocking the secrets of a virus*. Dunedin: Otago University Press; 2018.
22. Soucheray S. Experts review 1918 pandemic, warn flu is global threat [Internet]. 2018. [citado 2022 ago 3] Disponible en: <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2018/05/experts-review-1918-pandemic-warn-flu-global-threat>
23. Arroyo J. La revancha de Hígea. Crónica de una pelea en desventaja. In: Tanaka M, compilador. *El desafío del buen gobierno. Intersecciones entre academia, política y gestión pública*. Lima: Fondo Editorial PUCP; 2022. p. 135-156.
24. PNUD América Latina. *Cronología de la respuesta de política durante la pandemia del COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Panamá: PNUD; 2022.
25. Lupien P, Rincón A, Carrera F, Lagos G. Early COVID-19 policy responses in Latin America: a comparative analysis of social protection and health policy. *Can J Lat Am Caribb Stud* 2021; 46(2):297-317.
26. Acosta LD. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Pan Am J Public Health* 2020; 44:e109.
27. García PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H. COVID-19 response in Latin America. *Am J Trop Med Hyg* 2020; 103(5):1765-1772.
28. Schwalb A, Armyra E, Méndez-Aranda M, Ugarte-Gil C. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: two years of the pandemic. *J Intern Med* 2022; 292(3):409-427.
29. Cid C, Marinho ML. *Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes*. Santiago: CEPAL; 2022.
30. Holland AC. Forbearance. *Am Polit Sci Rev* 2016; 110(2):232-246.
31. McConnell A, Hart Paul't. Inaction and public policy: understanding why policymakers 'do nothing'. *Policy Sci* 2019; 52:645-661.
32. Cecchini S. *Protección social universal en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ONU; 2019.
33. Bizberg I. Latin American health regimes in the face of the pandemic. *Revue Interventions Économiques* 2022; 67:478-507.
34. Mazzucato M, Ghosh J. An effective pandemic response must be truly global [Internet]. 2022. [citado 2022 ago 22]. Disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/g20-world-bank-ineffective-approach-to-pandemic-preparedness-by-mariana-mazzucato-and-jayati-ghosh-2022-07>
35. Arena de Mesa A. Las debilidades estructurales de los sistemas de salud de América Latina a la luz de la pandemia: la urgencia de avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles [Internet]. 2022. [citado 2022 ago 3]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/presentacion_alberto_arenas_de_mesa.pdf
36. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, Chua A, Verma M, Shrestha P, Singh S, Perez T, Tan SM, Bartos M, Mabuchi S, Bonk M, McNab C, Werner GK, Panjabi R, Nordström A, Legido-Quigley H. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021; 27(5):964-980.
37. Forman R, Azzopardi-Muscat N, Kirkby V, Lessof S, Limaro Nathan N, Pastorino G, Permanand G, van Schalkwyk MC, Torbica A, Busse R, Figueras J, McKee M, Mossialos E. Drawing light from the pandemic: rethinking strategies for health policy and beyond. *Health Policy* 2022; 126(1):1-6.
38. World Health Organization (WHO). Health and Care Worker Deaths during COVID-19 [Internet]. 2021. [citado 2022 ago 23]. Disponible en: https://covid19.who.int/?gclid=EAIaIQobChMIsv7SgOLq-gIVWNn-VCh0n2A-KEAAYASACEgIp6vD_BwE
39. Soto S. One Health (una sola salud) o cómo lograr a la vez una salud óptima para las personas, los animales y nuestro planeta [Internet]. 2021. [citado 2022 ago 23]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/one-health-una-sola-salud-o-como-lograr-a-la-vez-una-salud-optima-para-las-personas-los-animales-y-nuestro-planeta/90586/0#:~:text=M%C3%A1s%20espec%C3%ADficamente%2C%20el%20concepto%20de,animales%20y%20nuestro%20medio%20ambiente%E2%80%9D>
40. Schultz MG. In memoriam: James Harlan Steele (1913-2013). *Emerg Infect Dis* 2014; 20(3):514-515.
41. Schwabe CW. *Veterinary medicine and human health*. Baltimore: Ed. Williams & Wilkins; 1984.
42. Rupasinghe R, Chomel BB, Martínez-López B. Climate change and zoonoses: a review of the current status, knowledge gaps, and future trends. *Acta Trop* 2022; 226:106225.
43. Latour B. *Nunca fuimos modernos. Ensayos de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1991.
44. Basile G, Feo Istúriz O. Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Rev Nacional Salud Publica* 2022; 40(2):e349879.
45. Cerrillo A. La fauna recoloniza la ciudad ante el confinamiento por el coronavirus [Internet]. 2020. [citado 2022 ago 3]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/natural/20200324/4874402309/animales-ciudades-confinamiento-imagenes-curiosas.html>
46. Santos AMS, Vasques PHP. Pandemic, hygienism and basic sanitation: a reading of urban policy in times of COVID-19. *Rev Direito Cidade* 2021; 13(2):866-900.

Artículo presentado en 01/09/2022

Aprobado en 01/06/2023

Versión final presentada en 28/06/2023

Editores jefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva