

Diálogos en Sociocuidados Latinoamericanos:

Perspectivas en tiempos de pandemia



Carlos Daniel Güida Leskevicius
Ricardo H. Pérez Abarca
Túlio Batista Franco

ORGANIZADORES



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Carlos Daniel Güida Leskevicius
Ricardo H. Pérez Abarca
Túlio Batista Franco
ORGANIZADORES

Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Diálogos en Sociocuidados Latinoamericanos: Perspectivas en tiempos de pandemia

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Autoras y autores

Renata Libertad Ávila Valdez
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Túlio Batista Franco
Carlos Güida Leskevicius
Irlanda Libertad Mendoza Pineda
Emerson Elias Merhy

Maria Augusta Nicoli
Marcela Nieto Rivera
Carolina Orellana Sepúlveda
Ricardo Pérez Abarca
Enrique Saforcada
Júlio Cesar Schweickardt
Eliud Torres Velázquez

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

L629d Leskevicius, Carlos Daniel Güida; Abarca, Ricardo H. Pérez; Franco, Túlio Batista (org.).

Diálogos en Sociocuidados Latinoamericanos: perspectivas en tiempos de pandemia / Organizadores: Carlos Daniel Güida Leskevicius, Ricardo H. Pérez Abarca e Túlio Batista Franco. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

184 p. (Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, v. 13)
E-book: 5,15 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-54329-51-8

DOI: 10.18310/9788554329518

1. América Latina. 2. Atenção à Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. COVID-19. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180104

CDD 610.6:303.485
CDU 616-036.21

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Catástrofes (terremotos, epidemias, pandemias, guerras).
2. Serviços de Saúde Pública; Pandemia.

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



PRESENTACIÓN

El hacer internacional de la Rede Unida

Maria Augusta Nicoli

El proceso de internacionalización de Rede Unida engloba la capacidad de ser una “red de redes” en diálogo permanente.

Esto permite visibilizar los múltiples caminos de lo “posible”¹ que se configuran en los diferentes contextos locales para convertirlo en un “lugar entendido como matriz y tejido conjuntivo de los mundos de la vida” y reforzar la conciencia de que así es posible.

La internacionalización, por lo tanto, entendida no como una aglomeración genérica de pertenencia a diferentes países, sino como una trama que construye una visión colectiva de la existencia y las diversas formas de vida.

Los aportes de este libro son un ejemplo elocuente del proceso que forma parte de un esfuerzo continuo para salir de las fronteras territoriales e identitarias y emerger en un “otro” espacio donde sea posible encontrarse en diálogo y transformarse con relación a lo que se era previo a este encuentro.

Así, los diferentes aportes nos brindan claramente una narrativa conjunta sobre la pandemia que resalta trayectorias de pensamiento y acción no alineadas con el discurso dominante basado en la cadena causal simplificada, que solo considera el virus versus la enfermedad Covid-19 y por lo tanto sobre los riesgos para llamar la atención. a un nivel de análisis que no cuestione las premisas políticas e ideológicas de nuestro modo de vida.

La Rede Unida, en la modalidad de un hacer/se internacional, representa un dispositivo indispensable para dar forma a prácticas globales arraigadas en contextos locales, porque en las dinámicas culturales dominantes, la universalidad a menudo se entiende como uniformidad al pensamiento que representa el poder intereses neoliberales.

¹ Pellegrino V. (2020) Futuri testardi, Ombre Corte, Verona; Nel volume l'Autrice presenta la ricerca sociale condotta con diversi gruppi di giovani chiamati a immaginare l'evoluzione del presente in chiave prima distopica e poi utopica, per discutere infine quali trasformazioni possano “gettare ponti” verso i mondi auspicati. Emergono “i possibili” mondi, quali rappresentazioni ricorrenti tese al superamento delle “crisi” prodotte dall'economia tardo capitalista.

El dispositivo “Rede Unida internacionalização” nos obliga a considerar la relatividad de nuestros sistemas de referencia (cultural, social, etc.), para llevar a cabo la reflexividad necesaria orientada a una producción constantemente renovada. También se convierte en un proceso de aprendizaje constante en la descolonización del conocimiento, nunca dando por sentado el camino de producción de las elaboraciones y soluciones adoptadas.

Los caminos de reflexión iniciados en el libro estimulan una revisión del concepto de cuidado, transformándolo en sociocuidado, el binomio negacionismo-necroactividad como estrategia de intereses económicos. Es evidente que la salud ya no es una política sectorial y comienza a traer consigo todas las cuestiones que afectan a la producción de vida en su conjunto.

Además, el conjunto de aportes en el libro nos da la importancia de construir narrativas que se desvíen de la construcción habitual del fenómeno pandémico centrado en el “virus” y en los procesos de objetivación que se derivan de él². (Nicoli et al., en edición 2021).

De esta forma, se refuerza una posición crucial para las políticas públicas, ya que se recuerda que “(...) es fundamental posicionarse en una perspectiva que trascienda al llamado sector salud y aportar desde una perspectiva intersectorial, a la construcción de sistemas de atención locales (de proximidad), comunitarios y nacionales”.

Así, por ejemplo, se destaca que en la narrativa de la pandemia, es importante tener en cuenta que “(...) es imposible separar los temas ambientales y de salud, ya que no están separados de la vida de las personas y lugares”.

No es casualidad que sea precisamente en los contextos más desnudos donde la visión biomédica de la pandemia sea la coartada para ocultar la desvinculación del cambio y el mantenimiento del statu quo sobre el desequilibrio ambiental, el neoliberalismo, la crisis de los valores cívicos como la solidaridad, y que es en estos contextos donde es más probable que se utilice la visión biomédica de la pandemia.

Particularmente elocuentes son las experiencias reportadas en áreas rurales y urbanas de México, en el territorio de la “Zona de Sacrificio Quintero-Puchuncaví” y en la Amazonía. Es una narrativa que no resta, pero logra articular

² Nicoli M.A. et al. (2022 in pubblicazione) “Il contact tracing come pratica situata durante la pandemia Covid-19” in Rede Unida editore.

análisis de la pandemia, entrelazándolos con los procesos que caracterizan a estos lugares, considerados en toda su complejidad y dramatismo.

En particular, en lo que respecta a la relación entre el extractivismo y la crisis de salud, se afirma que:

Amazonas en llamas es un retrato del escenario en el que vivimos (...) Las poblaciones forestales, como los extractores de caucho, los indígenas, los quilombolas, los ribereños, tienen sus vidas permanentemente amenazadas por el tipo de economía extractiva como la minería. De hecho, nos enfrentamos al dilema de tener que pensar en “desarrollo alternativo” o “alternativas al desarrollo”, lo que nos enfrenta a las formas de vida de los pueblos ancestrales. Es decir, el tema ambiental es también una sana respuesta, ya que se trata de valorar los conocimientos y prácticas de vida de grupos que tienen otra forma de relacionarse con el bosque y el medio ambiente, su totalidad, como alternativa al desarrollo, reside en el tipo de relación que establecemos con la naturaleza y con todo tipo de “personas”, ya sean humanas o no humanas.

Ciertamente se puede argumentar que, entendido el espacio definido por la Rede Unida desde la perspectiva de la internacionalización, ayuda a producir narrativas que revelan las trampas presentes en los discursos dominantes sobre la pandemia y que, al mismo tiempo, la hacen emerger, a través de articulaciones, que es posible un posicionamiento divergente.

Posible, en la medida en que hacemos tangible esta narrativa divergente, es el poder de las historias. Un poder arcaico, que siempre ha sido la forma en que algunos de los autores del libro lo explican y utilizan con relación al uso del mito o al uso de mapas realizados por agentes de salud sobre la narración de la pandemia.

La propia Rede Unida se convierte en un dispositivo permanente que permite contar “nuestra historia, nuestras historias”, proporcionando un guion divergente resultante de los “tránsitos” en el espacio de diálogo y confrontación que generan nuestras vidas en lo local³.

3 Lakoff G. (2014) *The All New Don't Think of an Elephant!: Know Your Values and Frame the Debate*. Chelsea Green Publishing, LANGUAGE ARTS & DISCIPLINES - 168 pages. White River Junction, EUA. <https://bitlybr.com/jewumnj> (acceso em janeiro de 2022).

O fazer internacional da Rede Unida

Maria Augusta Nicoli

O processo de internacionalização da Rede Unida engloba a capacidade de ser uma “rede de redes” permanentemente em diálogo.

Isto permite tornar visíveis os muitos caminhos do “possível”¹ que tomam forma em diferentes contextos locais para torná-lo um “lugar entendido como uma matriz e tecido conjuntivo dos mundos da vida” e para reforçar a consciência de que é assim possível.

A internacionalização, portanto, não como uma aglomeração genérica de pertença a diferentes países, mas como uma trama que constrói uma visão colectiva da existência e das várias formas de vida.

As contribuições neste volume constituem um exemplo eloquente do processo que se insere num esforço contínuo para sair das fronteiras territoriais e identitárias para se imergir num “outro” espaço onde é possível encontrar-se em diálogo e transformar-se do que se era antes do encontro.

Assim, as diferentes contribuições fornecem-nos claramente uma narrativa conjunta sobre a pandemia que realça trajetórias de pensamento e ação não alinhadas com o discurso dominante achatado sobre a cadeia causal simplificada que apenas considera o vírus versus a doença covid19 e, portanto, sobre os riscos de chamar a atenção para um nível de análise que não questione as premissas políticas e ideológicas da nossa forma de viver.

A Rede Unida, na forma como utiliza o “fazer-se” internacional, representa um dispositivo indispensável para dar forma a práticas globais enraizadas em contextos locais, porque na dinâmica cultural dominante a universalidade é muitas vezes entendida como uniformidade ao pensamento que representa o poder dos interesses neoliberais.

1 Pellegrino V. (2020) *Futuri testardi, Ombre Corte, Verona*; Nel volume *l'Autrice* presenta la ricerca sociale condotta con diversi gruppi di giovani chiamati a immaginare l'evoluzione del presente in chiave prima distopica e poi utopica, per discutere infine quali trasformazioni possano “gettare ponti” verso i mondi auspicati. Emergenza “i possibili” mondi, quali rappresentazioni ricorrenti tese al superamento delle “crisi” prodotte dall'economia tardo capitalista.

O dispositivo “Rede Unida internacionalização” obriga-nos a considerar a relatividade dos nossos sistemas de referência (cultural, social, etc.), a fim de realizar a reflexividade necessária para uma produção constantemente renovada. Torna-se também uma aprendizagem constante na descolonização dos conhecimentos, nunca tomando como certo o caminho de produção das elaborações e soluções adotadas.

Os percursos de reflexão iniciados no volume estimulam uma revisão do conceito de cuidados, transformando-o em sócio-cuidado, o binómio negacionismo-necroactividade como estratégia de interesses económicos. É evidente que a saúde deixa de ser uma política setorial e começa a trazer consigo todas as questões que afetam a produção da vida como um todo.

Além disso, o conjunto de contribuições no volume, devolve-nos a importância da construção de narrativas que se desviam da construção habitual do fenómeno pandémico centrada no “vírus” e nos processos de objetificação que dele derivam². (Nicoli et al., no prelo 2021).

Deste modo, reforça-se uma posição crucial para as políticas públicas, uma vez que se recorda que “(...) é fundamental posicionar-se numa perspectiva que transcenda o chamado “setor da saúde”, e contribuir de uma perspectiva intersetorial para a construção de sistemas de cuidados locais (de proximidade), comunitários e nacionais.

Assim, por exemplo, salienta-se que na narrativa da pandemia é importante ter em conta que “(...) é impossível separar as questões ambientais e de saúde, uma vez que não estão separadas da vida das pessoas e dos lugares”.

Não é por acaso que é precisamente nos contextos mais despojados que a visão biomédica da pandemia é o alibi para esconder o desengajamento da mudança, e a manutenção do *status quo* sobre o desequilíbrio ambiental, o neoliberalismo, a crise de valores cívicos como a solidariedade, etc., e que é nestes contextos que a visão biomédica da pandemia é mais susceptível de ser utilizada.

Particularmente eloquentes são as experiências relatadas das zonas rurais e urbanas do México, do território da ‘Zona de sacrificio Quintero-Puchuncaví’ e da Amazônia. É uma narrativa que não subtrai, mas consegue articular análises da pandemia, entrelaçando-as com os processos que caracterizam esses lugares, considerados em toda a sua complexidade e dramaticidade.

2 Nicoli M.A. et al. (2022 in pubblicazione) “Il contact tracing come pratica situata durante la pandemia Covid-19” in Rede Unida editore.

Em particular, no que diz respeito à relação entre o extrativismo e a crise sanitária, é afirmado que:

Amazônia em chamas é um retrato do cenário que estamos a viver (...) As populações das florestas, tais como seringueiros, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, têm as suas vidas permanentemente ameaçadas devido ao tipo de economia extrativa como a mineração, a madeira, as plantações de soja e a criação de gado em áreas desmatadas. De fato, estamos confrontados com o dilema de ter de pensar em “desenvolvimento alternativo” ou “alternativas ao desenvolvimento”, que nos confronta com os modos de vida dos povos ancestrais. Por outras palavras, a questão ambiental é também uma resposta saudável, uma vez que se trata de valorizar o conhecimento e as práticas de vida de grupos que têm outra forma de se relacionarem com a floresta e o ambiente. A produção da vida, na sua totalidade, como alternativa ao desenvolvimento reside no tipo de relação que estabelecemos com a natureza e com todos os tipos de “pessoas”, sejam elas humanas ou não humanas.

Pode certamente argumentar-se que, tal como se entende o espaço definido pela Rede Unida na perspectiva da internacionalização, ajuda a produzir narrativas que revelam as armadilhas presentes nos discursos dominantes sobre a pandemia e que, ao mesmo tempo, fazem emergir, através de ligações, que é possível um posicionamento divergente.

Possível, na medida em que tornamos tangível essa narrativa divergente, é o poder das histórias. Um poder arcaico, que sempre foi a forma como alguns dos autores do livro o explicitam e o utilizam em relação ao uso do mito ou ao uso de desenhos produzidos por agentes de saúde sobre a narração da pandemia.

A própria Rede Unida torna-se um dispositivo permanente que torna possível contar “a nossa história, as nossas histórias”, fornecendo um script divergente resultante dos “trânsitos” no espaço de diálogo e confronto gerado pelas nossas vidas locais³.

3 Lakoff G. (2014) The All New Don't Think of an Elephant!: Know Your Values and Frame the Debate .

PREFÁCIO

As grandes questões do presente

Emerson Elias Merhy

Nesta terceira década do século XXI, estamos diante de dilemas vitais, que têm nos colocado perante situações labirínticas:

De um lado, a produção cotidiana da nossa existência tem sido globalmente capturada por uma vida-capital e, como tal, ao ser produzida carrega consigo a própria produção de uma vida capitalística, fetichizada pela sua forma vida-mercadoria, forma que tem engolido todas as dimensões dos viveres, sob qualquer modo, inclusive os tidos bens inapropriáveis, como a água, o ar, as montanhas, entre outros, tornando-os bens-mercadorias. O capitalismo tem chegado ao limite do seu longo processo histórico de constituição, pois agora nada mais pode escapar da forma capital, pois a própria vida tornou-se o próprio capital.

Nestes últimos 60 anos, o capitalismo fez uma virada ao construir a possibilidade do corpo ser capital com suas formulações sobre capital humano, ampliando deste modo a limitada forma do corpo força de trabalho para a potência enquanto capital, do próprio humano. Várias foram as estratégias montadas a partir disso, dentre elas destaco a aposta na construção do indivíduo empreendedor, que escaparia do lugar do corpo-trabalho para corpo-capitalista e, como tal, colocaria em equivalência os processos relacionais anteriores, capital e trabalho, sob outra modalidade, capitalista e capitalista, construindo uma simetria axiomática capitalística infernal: tudo é capital, ao mesmo tempo que tudo pode ser mercadoria.

Esta produção histórico-social pede novos lugares para a maquinária estatal, impedindo-a de tomar para si a própria noção de população. Agora, ela se encontra diante de agrupamentos sociais que são ou não são corpos-capitais e para aqueles que não são monta-se uma outra perspectiva de governamentalidade: ou a sua transformação em corpos/vidas-capitais, ou em

sua eliminação pelo caminho explícito da necropolítica. O capitalismo chegou ao ponto de não admitir mais corpos que não sejam funcionais a si, como existências capitalistas substanciais.

As intervenções sociais, sob estas perspectivas, vão produzir a morte como estratégia de construção societária, para uma grande parte dos tidos corpos disfuncionais em termos capitalísticos, pois estes não encontram seus modos de se legitimarem como produtores incansáveis, em seus modos vivos de existirem, com seus trabalhos vivos em ato, do capital como sua expressão vital.

E estas vidas, que não aceitam serem mortas, e se insurgem sob várias formas, o que apontam, para onde suas rebeldias levam? Que disputas podem revelar como essenciais diante desta necrofilia capitalística? Contra que modos de vidas essas insurgências deixam visíveis? O que se pode fazer com isso na direção de potencializar mundos outros, não capitalísticos? É isso possível?

De outro lado, então, há uma multiplicidade de modos de existências, humanas e não humanas, que só por não serem funcionais ao capital, ou a ele se contraporem, já se constituem em intensas produções coletivas de modos de viver anticapital e, por isso, serão perseguidas, capturadas ou assassinadas, mas muitas delas não cederão nas suas persistências nos viveres não-capitalísticos.

Muitas situações que conhecemos nos indicam isso.

Por exemplo, vários povos indígenas, no que é conhecido como América Latina, vêm mostrando que, mesmo 500 anos depois, persistem em seus modos de vida em comunidades e sem a adoção da terra-mercadoria, sob a forma da propriedade privada, instituição basilar da ordem capitalista desde seus primórdios. Estes povos desafiam e resistem, continuamente, em relação àquilo que é um ponto nobre para o modo de produção capitalista. Vemos isso também acontecer nas construções coletivas e comunitárias, nas grandes cidades e no campo, por movimentos variados, como é o caso do Movimento dos Sem Terras (MST) no campo e o Movimento dos Sem Tetos (MTST), no Brasil.

Simplemente, tomar para si modos de viveres que se contraponham ao encantamento capitalista - que transforma tudo em capital e mercadoria, inclusive o modo comunitário de viver, com cada um enclausurado em sua vidinha privada e familiar restrita -, é em si um grande ato político de ação contra a produção da vida como capital. Apostar, hoje, que a construção da vida, sob qualquer expressão,

é a maior riqueza que possuímos aqui na Terra-Gaia, constitui-se em um grande ato político, profundamente revolucionário.

Tomar esta disputa como central diante da maquinária infernal do capital é chave para podermos mudar os rumos civilizatórios deste século, impedindo o extermínio da potência vital que ainda temos instalada neste planeta. Esta luta é a expressão da grande guerra do momento e ela se faz através de grandes máquinas molares de guerra e grandes máquinas moleculares de guerra.

Não nos basta inventarmos grandes máquinas molares, como um Estado de Direito, e achar que isto é suficiente para mudarmos os rumos das coisas, é necessário fazermos infinitas revoluções moleculares, como diría Guattari, modificando nossos modos de desejar e fabricar mundos, com os outros. Uma democracia constitucional é importante, mas se não fabricáremos democracias moleculares, nos planos relacionais das nossas existências, a fragilidade para re-existirmos será evidenciada no momento seguinte que um perverso capitalista ocupar lugares de poder institucional nas democracias constitucionais.

Estas máquinas de guerras moleculares terão que ter a potência de garantir devires-mundos que toma a produção dos modos de viver em suas diferenças, como a maior riqueza que a humanidade pode desejar, desde que tome como humanidade qualquer forma de vivente que emergiu, aqui em Gaia. Generosa produtora incansável de vidas e de mais vidas nas vidas vividas.

Estas questões são balizas necessárias para outras aventuras coletivas, pois são necessárias como modos de existência fundante, não fascista, para qualquer concreitude que inventemos nos mais diversos planos da vida em sociedade.

Se tivermos que criar um movimento social para dar conta desta guerra substancial, esse movimento, antes de tudo, tem que ser habitado por uma máquina de guerra antifascista, pois se assim não for, o capital nos engolirá.

Este livro, de muitas maneiras diferentes, conversa abertamente e, a vezes tensamente, com estas grandes questões do presente, neste século XXI, tão definitivo para os possíveis rumos que, nós humanos, daremos para a produção da vida aqui na TERRA-MÃE.

VIVA PACHAMAMA!!!!

Las grandes interrogantes de nuestro presente

Emerson Elias Merhy

En esta tercera década del siglo XXI, estamos frente a dilemas vitales, que nos ha colocado ante situaciones laberínticas:

De un lado, la producción cotidiana de nuestra existencia ha sido globalmente capturada por una vida-capital y, como tal, al ser producida carga consigo a la propia producción de una vida capitalística, fetichizada vivida como un fetiche por su forma vida-mercancía, forma que se ha engullido a todas las dimensiones de las formas de vivir vivires, de cualquier manera, inclusive a los que se considerarían bienes inapropiables - como el agua, el aire, las montañas, entre otros - tornándolos bienes -mercancías. El capitalismo ha llegado al límite de su extenso proceso histórico de constitución, pues ahora nada más puede escapar de la forma capital, pues la propia vida se ha transformado en su propio capital.

En estos últimos 60 años, el capitalismo ha dado un vuelco al construir la posibilidad del cuerpo ser capital con sus formulaciones sobre el capital humano, ampliando de este modo a la limitada forma del cuerpo fuerza de trabajo para la potencia en cuanto capital, del propio humano. Varias fueron las estrategias armadas a partir de ello, dentro de las que destaco la apuesta en la construcción del individuo emprendedor, que escaparía del lugar del cuerpo-trabajo para el cuerpo-capitalista y, como tal, colocaría en equivalencia los procesos relacionados anteriores, capital e trabajo, sobre otra modalidad, capitalista e capitalista, construyendo una simetría axiomática capitalística infernal: todo es capital, al mismo tiempo que todo puede ser mercancía.

Esta producción histórico-social pide nuevos lugares para la maquinaria estatal, impidiéndole tomar para sí la propia noción de población. Ahora, ella se encuentra delante de agrupamientos sociales que son o no son cuerpos-capitales y para aquellos que no lo son, se genera otra perspectiva de goberanza gobernanca: o su transformación en cuerpos/vidas-capitales, o en su eliminación por el camino explícito de la necropolítica. El capitalismo llegó al punto de no admitir otros cuerpos que no resulten funcionales a sí mismo, como existencias capitalistas substanciales.

Las intervenciones sociales, desde estas perspectivas, van a producir muerte como estrategia de construcción social, para gran parte de los que tenían cuerpos disfuncionales - en términos capitalistas -, porque no encuentran formas de legitimarse como productores incansables, sea en sus formas vivas de existir, sea con sus obras vivas en acción, del capital como su expresión vital.

Y estas vidas, que no aceptan ser eliminadas, se vuelven insurgentes de varias formas lo que nos llevan a reflexionar: ¿Hacia dónde nos conducen sus rebeldías? ¿Qué disputas pueden revelar como esenciales frente a esta necrofilia capitalística? ¿Contra qué formas de vida esas insurgencias les dejan visibles a los cuerpos? ¿Qué se puede hacer con esto en dirección de potenciar otros mundos, no capitalísticos? ¿Esto es posible?

Por otro lado, entonces, hay una multiplicidad de modos de existencia, humanas y no humanas, que - solo porque no son funcionales al capital, o a él -, ya constituyen intensas producciones colectivas de formas de vida anticapitalistas y, por lo tanto serán perseguidos, capturados o asesinados. Pero muchos de ellos no cederán a su persistencia en vidas no capitalistas.

Muchas situaciones que conocemos nos lo indican.

Por ejemplo, varios pueblos indígenas, en lo que se conoce como América Latina, han demostrado que, incluso 500 años después, persisten en sus formas de vida en comunidades y sin la adopción de tierras mercantilizadas - en forma de propiedad privada - que constituye la institución básica del orden capitalista desde sus inicios. Estos pueblos desafían continuamente y resisten en relación a la propiedad y acumulación, lo que es un punto noble para el modo de producción capitalista. También vemos que esto sucede en las construcciones colectivas y comunitarias, en las grandes ciudades y en el campo, por parte de varios movimientos, como el Movimiento de los Sin Tierra (MST) en el campo y el Movimiento de las Personas sin Hogar (MTST) en Brasil.

Simplemente, tomar para sí formas de vida que se oponen al encantamiento capitalista -que transforma todo en capital y mercancía, incluida la forma de vida comunitaria, con cada uno encerrado en su vida familiar privada y restringida- es en sí mismo un gran acto político de acción contra la producción de la vida como capital. Apostar hoy a que la construcción de la vida, bajo cualquier expresión, es la mayor riqueza que poseemos aquí en la Tierra-Gaia: constituye un gran acto político, profundamente revolucionario.

Tomar esta disputa como central para la maquinaria infernal del capital es clave para cambiar el direccionamiento civilizatorio de este siglo, evitando el exterminio del poder vital que aún tenemos instalado en este planeta. Esta lucha es la expresión de la gran guerra del momento y se realiza a través de grandes máquinas de guerra molar y grandes máquinas de guerra molecular.

No basta con que inventemos grandes máquinas molares, como el estado de derecho, y pensar que esto es suficiente para cambiar el curso de las cosas. Es necesario hacer infinitas revoluciones moleculares, como diría Guattari, modificando nuestras formas de desear y fabricar mundos con los otros. Una democracia constitucional es importante, pero si no fabricamos democracias moleculares, en los planos relacionales de nuestras existencias, la fragilidad para volver a existir se evidenciará en el próximo momento que un capitalista perverso ocupe lugares de poder institucional en el contexto de democracias constitucionales.

Estas máquinas de guerra molecular deberán tener el poder de asegurar devenires-mundos que toman la producción de las formas de vivir en sus diferencias, como la mayor riqueza que la humanidad puede desear, siempre que tome como humanidad cualquier forma de vida que surgió, aquí en Gaia. Generoso e incansable productor de vidas y más vidas en las vidas vividas.

Estas cuestiones son faros necesarios para otras aventuras colectivas, porque son necesarias como formas de fundar la existencia, no fascistas, para cualquier cuestión que inventemos en los más diversos planes de vida en sociedad.

Si tenemos que crear un movimiento social para dar cuenta de esta guerra sustancial, este movimiento, en primer lugar, tiene que estar habitado por una máquina de guerra antifascista, porque si no lo hace, el capital nos devorará.

Este libro, de muchas maneras diferentes, habla abiertamente - y a veces tensamente - con estas grandes preguntas del presente, en este siglo 21, tan definitivas para los posibles caminos que los humanos transitemos en la producción de vida aquí, en la MADRE TIERRA.

¡¡¡¡¡VIVA PACHAMAMA!!!!

Sumário



Fonte: Ricardo Pérez Abarca

Prácticas Emancipatorias en Sociocuidados Latinoamericanos.....	21
<i>Ricardo Pérez Abarca, Carlos Güida Leskevicius</i>	
La Salud Pública y su más grande problema, la Enfermedad Pública.....	60
<i>Enrique Saforcada</i>	
El Covid-19 como una pandemia analítica Dispositivo del mundo, salud y la vida contemporánea	75
<i>Túlio Batista Franco</i>	
Las dos pandemias: México	95
<i>Renata Libertad Ávila Valadez</i>	
Agentes Comunitários em Saúde em contexto de pandemia	107
<i>Maria Rocineide Ferreira da Silva</i>	
Sociocuidados territoriales mexicanos	116
<i>Eliud Torres Velázquez</i>	
Mirada de salud mental desde la zona de sacrificio Quintero- Puchuncaví, Chile	129
<i>Marcela Nieto Rivera</i>	
Atenção Básica em Saúde no contexto amazônico em tempos de pandemia	132
<i>Júlio Cesar Schweickardt</i>	
El Proceso de Conformación del Proyecto Político Sanitario <i>Antineoliberal</i> en México y la Atención a la Pandemia por Covid-19	150
<i>Irlanda Libertad Mendoza Pineda</i>	

Zonas de Sacrificio: Una nueva expresión de violencia.....	168
<i>Carolina Orellana Sepúlveda</i>	
Autoras y autores.....	178
Agradecimientos.....	184

Prácticas Emancipatorias en Sociocuidados Latinoamericanos

Ricardo Pérez Abarca
Carlos Güida Leskevicius

A modo de introducción

El presente artículo se desarrolla en la modalidad de diálogo entre sus autores, quienes en el año 2019 fueron los convocantes al ciclo de los *Desayunos latinoamericanos de Sociocuidado*, organizados desde el Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Y que posteriormente, dieron lugar a este proyecto de publicación en conjunto con la Rede Unida, la cual integran.

Las preguntas que cada autor realizó al otro en torno a las estrategias y prácticas de sociocuidado, se dieron un buen tiempo después del ciclo mencionado. Los *Desayunos Latinoamericanos de Sociocuidado* se enmarcaron en una realidad local y regional con crisis sociosanitarias, socioambientales y sociopolíticas. Y en particular en Chile, dónde el profundo malestar social cobró mayor visibilidad a partir del Estallido Social.

Cabe recordar que diversos organismos internacionales - cuyo cometido es observar y analizar el comportamiento de los estados en su rol de garante de los derechos humanos -, dieron cuenta de graves violaciones a la integridad de las personas manifestantes que participaban en las movilizaciones. Algunos informes señalaron que se trataba de una violación sistemática de los derechos humanos (Amnistía Internacional, 2019), mientras otros plantearon que existían omisiones o actuaciones reñidas con la protección de las personas por parte del gobierno y de las instituciones responsables (Naciones Unidas, 2019; CIDH, 2020). Todos estos informes coinciden y documentan que el derecho a la vida, a la integridad física, a la atención oportuna en salud, no fueron respetados mientras se desarrollaban masivas protestas sociales. El cuidado social o sociocuidado en las manifestaciones se fue instalando por parte de grupos de voluntarios, lo que devela también la falta

de garantías básicas para quienes demostraron el amplio malestar social en las calles de todo Chile. Manifestaciones que - a pesar de la tergiversación por parte de los grandes medios de comunicación y los sectores políticos conservadores - contaron con un amplio respaldo de la opinión pública.

El 18 de marzo de 2020, se declaró el “Estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en el territorio de Chile”, días después de las manifestaciones del 8M, cuando las mujeres demostraron una vez más, la contundente capacidad de convocatoria en todo el país.

Las modalidades en las cuales se fueron instalando nuevas configuraciones de cuidado social - en el sentido más amplio del término - ya en el contexto de la pandemia, pueden dar cuenta de los descuidos en las modalidades de gestionar y asistir oportunamente a las necesidades humanas fundamentales de la mayoría de la población chilena. Ello sucedía mientras la situación en las Américas develó las crisis sociosanitarias de distinta magnitud y demostró las distintas facetas de la Enfermedad Pública.

Ricardo Pérez y Carlos Güida muestran en este intercambio, los diversos enfoques coexistentes con relación al cuidado en salud, las dinámicas que se producen desde los discursos hegemónicos y algunas de las modalidades por las cuales se replican las relaciones de poder.

(Carlos) Estimado Ricardo: para ti, ¿dónde radica la capacidad transformadora de la gestión del cuidado en salud?

(Ricardo): Hola Carlos, un gran saludo desde el sur y hacia el Sur, en estos días de invierno. Aquí mi respuesta, a más de un año de encuentros latinoamericanos con ciencias, artes y humanidades. Pero, sobre todo, con un deseo profundo de cuidar- transformar, marcado por una Pandemia y por los efectos de una Revuelta Social en Chile. Podemos ver que los inviernos dan muestras de que - año tras año - existen menos lluvias, así también como bosques y hielos milenarios disminuyen y manifestándose los veranos con altas temperaturas y abundantes incendios. Así también, la pobreza y desigualdad social solo aumenta vertiginosamente.⁴

⁴ Estos textos fueron escritos en los meses de junio a agosto de 2021 desde Territorio Mapuche (Wallmapu) y Patagonia, Aysén, Chile.

Por ello, en cuanto a la pregunta que me planteas, se requiere de una mirada que amplíe la salud de los espacios institucionales donde habitualmente se realizan atenciones de salud o de la enfermedad o el concepto de salud en sí mismo. Creo pertinente que - en primer lugar - reconozcamos dentro del actual marco normativo, qué significado e importancia tiene la “gestión del cuidado” y su eventual capacidad transformadora. Más bien, podríamos preguntarnos si es o ha sido suficiente para abordar los desafíos de la sociedad del presente y futuro.

La “gestión del cuidado” es un concepto que implica un prolongado debate en el campo de las ciencias de la salud, y particularmente en la Enfermería. Por ejemplo, para Milos, Bórquez y Larraín (2011), las diversas funciones y estructuras que se desarrollan en el Sistema Sanitario Chileno, señalan que podemos encontrar en su nivel *funcional* los aspectos disciplinares-filosóficos de la propia Enfermería (cuidado profesional); a la naturaleza de las distintas profesiones de salud que entregan cuidados; a aspectos funcionales del sistema sanitario; a la responsabilidad profesional de otorgar cuidados (ética-científico-técnico-jurídico); y a las funciones propias de los equipos de enfermería, por lo que vemos que este concepto puede entenderse de distintas maneras.

Y, desde la *estructura*, la visión de una red integrada de los cuidados enfermeros dentro del sistema (red de cuidados profesionales). Según esto, lo declarado en el Código Sanitario modificado por la ley 19.536 - en la búsqueda de la protección de la salud - abre distintos campos de disputa en torno a la concepción de este concepto integrado. Así se agrega en el artículo 113 en su inciso cuarto lo siguiente:

Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

La Gestión del Cuidado es un campo de disputa hoy día en Chile, especialmente en un contexto constituyente y de cambios en el mismo Código Sanitario. Esto en el pasado reciente, ha tenido consecuencias tanto en el ámbito legal y otros mecanismos reguladores - como la Contraloría General de la

República (CGR) - así como también en el ámbito sanitario, especialmente desde los límites profesionales y alcances de esas definiciones. El Código Sanitario -actualmente modificado- define a la “gestión del cuidado” como una de las tres funciones principales propias de las enfermeras. De hecho, el pronunciamiento realizado por la CGR señala que no existe dentro de nuestro ordenamiento norma jurídica que declare como privativa de las enfermeras el desarrollo de la “gestión del cuidado”, ni que impida la intervención en ella de otros profesionales. Al mismo tiempo expresa que la “gestión del cuidado” es un concepto con un marcado componente de carácter técnico y de una amplitud mayor al ejercicio de la labor de enfermería, sin perjuicio de que el Cuidado, sea de la esencia de dicha profesión. En conformidad al pronunciamiento ministerial, el órgano contralor estuvo por resolver la cuestión planteada expresando de manera textual que:

[...] la gestión del cuidado, en el aspecto que interesa, está vinculada a lo sustantivo de la actividad que les corresponde desempeñar a las enfermeras, sin perjuicio de que, tal como se ha expuesto, su desarrollo abarca un ámbito mayor de acciones, por lo cual también pueden intervenir en ella profesionales de otras especialidades, como las matronas. (Contraloría General de la República, 2011).

Lo anterior genera una dificultad, ya que la gestión del cuidado, al ser un término que ha sido tomado de la literatura norteamericana, posee un sesgo e impronta *liberal*, acotándose habitualmente a la atención de salud, y que hoy se puede definir también dentro de lo “*eficiente y eficaz*”, sin necesariamente considerar otros elementos de los sistemas y paradigmas de cuidados presentes en las sociedades. Ni mucho menos profundizar en la filosofía del cuidado y lo que podría significar esto en nuestro contexto histórico-geográfico.

El debate actual de las profesiones de la salud es precisamente algo más importante que sus propios campos de acción-disputa. Más bien, debería orientarse a diseñar y planificar las sociedades de cuidado que requieren procesos reparativos por los daños causados, es decir, también, a través de objetivos comunes, buscar en las disciplinas, en su significado ontológico, su propio quehacer profesional.

Comprender que el cuidado profesional, tiene, en una primera instancia, un fuerte arraigo femenino-oprimido, y que en el caso de Enfermería ha podido

parcialmente sistematizar y visibilizar, tanto en la profesionalización de los cuidados y la filosofía “del cuidar” que le otorga el carácter disciplinante. Coincidir, en el análisis, en que la gran mayoría de las profesiones que las sociedades hoy conocen, se crearon hace muy pocos siglos, por lo que el sentido hegemónico del curar ha trascendido diversas culturas occidentales y temporalidades, siendo esto, para las enfermeras de hoy, también la posibilidad de reivindicación de todos aquellos saberes y conocimientos que han sido desplazados por la hegemonía biomédica de la vida. Esto, en Chile, cobra especial interés, dado también los aportes del feminismo, que pone en espacios cotidianos e institucionales el debate sobre el Cuidado, transformando las miradas y perspectivas en los espacios de salud y de la formación universitaria.

A estas alturas también es importante cuestionar desde dónde surgen los saberes y cómo se transmiten los campos- estructuras de conocimientos en salud, y particularmente sobre el Cuidado. En otras palabras, ¿a quién le pertenece el conocimiento? Si es para la humanidad, ¿para qué patentar? Si *protocolizamos* la vida y sus procesos, ¿para qué pensar y ser críticos? ¿Cuán emancipadora puede ser una propuesta que surja desde los cánones a lo que la ciencia le otorga su atención? ¿Qué es democratizar el conocimiento? ¿Cómo se produce el conocimiento, y en función de intereses corporativos? ¿Qué rol tienen las Universidades en el siglo XXI?

Juan Carlos Sánchez (2020) nos introduce a esta discusión desde una perspectiva latinoamericana. Para ello, reconoce a través de Foucault, que la ciencia tiene un papel muy importante dentro de los mecanismos en que el poder institucionalizado en las universidades, uniformiza los saberes disciplinares y descalifica a priori “el saber en estado salvaje, el saber nacido en otra parte y que sólo unos cuantos poseen (Foucault, 2002 [1997]) y que no están dentro del campo institucional y los organismos oficiales de investigación.

Por ello, según este autor, las universidades juegan el rol de garantizar y legitimar la “distribución de la posición, la calidad y la cantidad de los saberes en diferentes niveles [...] papel de homogeneización de esos saberes mediante la constitución de una especie de comunidad científica con estatus reconocido, organización de un consenso; y, por último, centralización” (Foucault, 2002 [1997], p. 171). Reconoce, además, el disciplinamiento de los saberes en los grandes centros de investigación. (Sánchez, 2020). Esto en Chile es muy importante pues

una de las formas por las que ha perdurado el sistema hegemónico en salud, es precisamente por el escaso apoyo a las otras disciplinas de salud distintas a la medicina, acrecentando las brechas de género y clase.

Como se ha podido observar, las razones epistemológicas y ontológicas del Cuidado y la Enfermería como ciencia y profesión, ha traído diversas dificultades en el campo teórico de ella para validarse como tal; así como otros *saberes sometidos* de las profesiones del cuidado al carácter biomédico hegemónico. Ahora bien, tomando en cuenta la concepción de ‘*poder*’ y ‘*saber*’ de Michael Foucault (2002), Amezcua (2009) realiza un análisis de la lectura de Foucault en la Enfermería y viceversa. Entre otros elementos destaca que, - en la sociedad moderna - es indiscutible el valor social que tiene la medicina y su relación con el poder. Refiere que el mismo Foucault, desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos (2002), un saber silencioso y silenciado que según Meleis (teorista de Enfermería) se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar (Amezcua, 2009).

De tal manera que la asociación filosófica del cuidar y gestión del mismo, ha buscado diferentes mecanismos de institucionalización para legitimarse, construyendo un paradigma que le otorgue una función social específica, y que busque resolver un problema aportando un bien específico e indispensable para la sociedad que siguiendo una línea foucaultiana permitiría “[Una] insurrección de los saberes no tanto contra los contenidos, los métodos o los conceptos de una ciencia sino y sobre todo contra los efectos del saber centralizador que ha sido relegado a las instituciones y al funcionamiento de un discurso científico organizado (Foucault, 1992 [1971], pp. 138-139)”. Es por eso por lo que como bien señala Juan Carlos Sánchez-Antonio⁵ en una cita (Foucault, 1992 [1971], p. 137):

se hace importante reactivar la lucha política y epistémica entre los saberes sometidos y los efectos de inhibición que producen sobre ellos las tecnologías de gobierno epistémico expresadas en la racionalidad hegemónica.... Una especie de «acoplamiento entre los saberes soterrados de la erudición y los descalificados por la jerarquía del conocimiento y de la ciencia.

⁵ Insubordinación de los saberes sometidos y emergencia de las epistemologías otras (2020). Tabula Rasa, n. 34, pp. 197-223. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, México.

Siendo que dicho autor agrega que aún conservan “la memoria de los enfrentamientos, memoria que desde entonces hasta hoy fue mantenida al margen” (Foucault, 1992 [1971]; Sánchez-Antonio, 2020).

Por ello, cuando pensamos en cómo se ha ido construyendo una alternativa la *gestión del* cuidado por fuera de la visión hegemónica médica - centrada en la gestión instrumental sanitaria y clínica -, debiésemos observar en Barbara Carper, una de las teoristas más importantes de esta disciplina. Ella dio forma - ya en 1976 - a cuatro conceptos fundamentales, definiendo las características de lo que denominó “Patrones de Conocimiento en Enfermería”: (1) conocimiento empírico (ciencia de la enfermería), (2) conocimiento ético (moral en la enfermería); (3) conocimiento Estético (creación, sentir a través de la experiencia de un otro) y (4) conocimiento Personal (uso terapéutico del yo).

Recomiendo también, revisar el texto de Escobar-Castellanos, Blanca, & Sanhueza-Alvarado (2018).

Posteriormente al trabajo realizado por Carper, es White (1995) quien agrega el Patrón Sociopolítico, comprendiendo la necesidad de realizar una lectura a la sociedad en donde se crea y reproduce el conocimiento de enfermería. Chinn y Kramer, agregan el patrón de conocimiento emancipatorio, el que pone la atención sobre la injusticia y la desigualdad, como aquello que lo sostiene, por lo que se busca avanzar en relaciones equitativas (Osorio, 2016). Para Ramírez (2013) la misma historia demuestra que Enfermería ha dado saltos importantes en el posicionamiento filosófico sobre el cuerpo de conocimientos que le sustentan y el uso de los mismos en la práctica cotidiana, en los múltiples sectores en los que se interviene.

Así, para Medina (2017), los marcos de representación e interpretación poseen efectos sociales y prácticos (políticos) puesto que esas representaciones” contribuyen a “producir la realidad objetiva” que clasifica, diagnóstica y crea lenguaje científico. Según el autor⁶.

El hecho de que el saber médico se haya convertido a lo largo del tiempo en un régimen de verdad, y que sea prestado a la enfermera para que desarrolle su función determina que las relaciones entre

⁶ Bien vale la pena mencionar que para este autor la medicina su centro está en el acto curativo; como la enfermera su centro, el acto de cuidar. Para ver más: Medina (1996:9). Tesis doctoral: “La Pedagogía del Cuidado: Racionalidad, tradición y poder en el currículo de Enfermería. Un estudio interpretativo”. Universidad de Barcelona.

ambos estén atravesadas por un poder asimétrico, como asimétrico es el saber que reivindican. Y aquí, nuestro punto de vista, reside una de las causas, además de las relaciones sexistas, del estatus de sumisión que tradicionalmente ha presentado la enfermería con respecto a la Medicina. (Medina, 2017, p. 34).

Por último, y siguiendo esta misma línea de los patrones, sería posible hablar entonces de un *paradigma emancipatorio*, que propone a las enfermeras romper con todos aquellos aspectos que crean y sostienen las injusticias sociales, reconociendo en la determinación social de la salud, un imperativo ético en las profesionales del cuidado; incluyendo aquellos aspectos que someten y ocultan saberes, o no permiten el desarrollo de cuidados en salud para el óptimo desarrollo de personas y comunidades (Ramírez, 2013).

Así mismo, para Durán (2005) cuidar a otros requiere que logremos el desarrollo de la ciencia de enfermería, es decir, la sistematización y organización del conocimiento fáctico en forma de teorías que expresan claramente el comportamiento de los fenómenos de la salud; y que, para nuestra realidad en Chile, están en construcción, en parte, porque también el desarrollo de la Enfermería y de los Sistemas de Cuidados en los distintos gobiernos ha sido vista como una necesidad secundaria.

Sin embargo, el conocimiento de nosotros mismos, la creatividad y nuestras decisiones morales también deberían jugar un papel muy importante en la sintaxis del descubrimiento de la ciencia, especialmente en los tiempos actuales, donde inclusive hemos visto el ocultamiento de datos importantes por parte de las autoridades sanitarias para realizar ciencia, como el análisis de la evolución y personas que pudieran verse más afectadas por la epidemia. Por ello, el hacer ciencia en Enfermería, no debe ser entendida sólo como una exegética cartesiana, de una profesión por una profesión o disciplina para la disciplina, más debiese invitar a preguntarnos, cómo las teorías, conocimientos y saberes en torno al Cuidado, pueden abarcar otras dimensiones del desarrollo humano y no humano.

¿Cómo enseñamos a cuidar/nos en las escuelas, barrios y centros de salud?
¿Cómo cuida la arquitectura, en cuanto al desarrollo humano y su entorno? ¿Qué se enseña sobre las forestales y monocultivo en Chile; el uso de pesticidas en las Escuelas de Agronomías sobre el Cuidado de humanos y la tierra? ¿Qué se habla sobre el cuidado de personas en los espacios de economía?

Y es allí la cuestión, hay mayor conocimiento, en parte, a la mayor dedicación humana para comprender la particularidad de la vivencia/fenómeno y que podría dar luces de una capacidad transformadora de la gestión del cuidado, o más bien, del cuidado en su más amplio significado. Aunque las denominaciones “gestión del cuidado”, “gestión de salud” y “gestión de la atención”, implican miradas muy limitadas de comprender los Sistemas de Cuidados presentes en las sociedades. Ello, en tanto, sólo fija su atención a fenómenos asociados a la Atención misma- visión asistencialista de la salud- y llevando al cuidado genérico a una responsabilidad exclusivamente individual. Y es que este acto, si estuviese presente en las distintas dimensiones de la vida, puede permitir reparar lo que la enfermedad logra dañar.

Los sistemas de cuidados presentes en las sociedades son los que permiten el desarrollo y crecimiento de personas y comunidades, e inclusive sus entornos, en el que tanto el cuidado enfermero, cuidado profesional (otras profesiones de salud y otros sectores), como también el genérico (cotidiano) conviven y que hoy son vitales de integrar.

Dado lo anterior es importante comprender también, cómo son las formas actuales en que se expresa la salud neoliberal: donde el paradigma del que tiene más competencia/supervivencia; tiene mejor salud y por sobre la salud del resto, no importando la desigual forma de distribuir los valiosos recursos en salud. Abundan ejemplos de personas que en Pandemia, buscaron saltar inclusive, los mecanismos institucionales en materias de salud pública, para su propio beneficio o placer como viajes al extranjero, salir a comprar mariscos en helicóptero pasando por sobre las barreras sanitarias, entre muchas otras *malas prácticas*.

Por otra parte, abundan los ejemplos en prensa en que se enjuiciaba a personas en situación de pobreza, que para salir a buscar alimentos, transgredieron normas sanitarias, como la venta ambulante de productos u otras estrategias de sobrevivencia no regularizadas. Y es que también las ayudas de gobierno fueron reactivas, inoportunas, y de menor importancia que las propias redes de cuidado que se establecieron en los niveles más profundos de nuestra sociedad: familias y comunidades.

En plena pandemia, también se han agudizado algunas de las formas del Extractivismo, siendo posible ejemplificar a través de los cultivos de paltas/aguacates, que por su consumo de agua han incrementado las zonas desertificadas en Atacama;

o las salmoneras que infringen cotidianamente las normas ambientales en hábitats remotos y de los más bellos del mundo, como lo es la Patagonia; o las mineras que comienzan faenas en sitios de gran interés científico-cultural en casi todo el norte y centro del país. Todas ellas no cesaron en los momentos más críticos de la epidemia. Por el contrario, muchos fueron los ejemplos de brotes epidemiológicos en aquellos lugares de trabajo. Después de la fallida COP-25 y del Foro Económico de Asia-Pacífico como parte del estado de situación por la Revuelta Social en Chile, vale la pena volver a preguntarse: ¿a quién cuida el Estado?

Estimado Carlos, ¿qué nos dice la Gestión del Cuidado frente a la idea de Gestión en Salud y Gestión de la Atención? ¿Qué hace que la palabra *cuidado*, sea un “nuevo” campo de disputas? Y, ¿por qué se debe acompañar de la palabra *Gestión*?

(CG): Ricardo, creo que los significados sobre los términos que se emplean parecen ser susceptibles a muy diversas interpretaciones. Dado el carácter polisémico, me permito responder intentando problematizar sólo algunos tópicos.

Me posiciono desde una mirada integral de los procesos de cuidado en salud, para lo cual resulta fundamental el trabajo en equipos interdisciplinarios y desde una perspectiva que favorezcan tanto el diálogo entre integrantes de equipos de salud, con otros actores comunitarios que desarrollan el cuidado social y quienes participan activamente como integrantes de sus comunidades. Ello implica pensar(se) en escenarios institucionales y comunitarios desde los cuales se puedan desplegar estrategias de atención y cuidado. Es crucial entonces, posicionarse desde una perspectiva que trascienda al denominado “sector salud”, y aportar desde una mirada intersectorial a la construcción de sistemas de cuidados locales (barriales), en las comunas y en las naciones. Salud no es sinónimo de atención en salud, como tampoco atención en salud es sinónimo de asistencia clínica. Ya afirmar gestión del cuidado, incluir el término gestión, conlleva a una discusión que, sin dudas se ha instalado en diversos ámbitos (Aguayo & Mella, 2015). Cuando se asocia gestión del cuidado a eficacia, eficiencia y competencia, no me quedan dudas de las bases epistemológicas de ese cuidar. En todo caso, siendo necesario ser eficaces y eficientes, rescato las dimensiones y posibilidades que abre el cuidar en el vínculo, sea tanto en el

ámbito doméstico como en la práctica profesional. Me interesa más profundizar en el sentido de gestar lo transformador en salud que en el gestionar, es decir, en el hacer centrado en procesos administrativos. Cuando es necesario recurrir a adjetivar el cuidado en tanto cuidado humanizado, significa que algo no está muy bien en el cuidar (Silva, 2020).

Como sabes, el hecho de cuidar en salud ha sido asociado a procedimientos tecnológicos duros o blandos, que conllevan prácticas asistencialistas y burocráticas; o promocionan la responsabilidad del sujeto en su cuidado y a sus cercanos en estrategias de mutuocuidado.

Cuando publicamos anteriormente sobre esta temática (Güida et al., 2008), referíamos a un artículo de Lucila Scavone (Scavone, 2002) que para comprender el trabajo de cuidar se debe analizar la distinción hecha históricamente entre las palabras inglesas *to care* (cuidar) y *to cure* (curar) que traducen históricamente la constitución del saber/poder médico, que escinde las actividades de los cuidados de la vida (preventivos) de aquellas ligadas a la reparación instrumental del cuerpo enfermo (curativos). Eso distingue también los saberes, separando aquellos ligados al cuidar, en los cuales las mujeres generalmente predominan, de aquellos relacionados al reparar, cuyo dominio está intrincado con la ciencia médica. Y a su vez distingue entre *caring off* y *caring for*, que en lengua inglesa remiten a los géneros masculino y femenino respectivamente: las preocupaciones de los hombres con sus familias se hacen, tradicionalmente, mediante la función de proveedor (*caring off*), en tanto las preocupaciones de las mujeres se hacen mediante los cuidados directos y cotidianos que ellas realizan en el interior de sus familias (*caring for*) (Scavone, 2005, pp. 101-102)

Me pregunto entonces, ¿cómo es posible ejercer el cuidado en salud exclusivamente desde una práctica asistencial y administrativa - desde un espacio de consulta clínica o de atención domiciliaria - sin abordar concomitantemente los condicionantes sociales de la situación por la cual se atraviesa, y sin siquiera problematizar desde la perspectiva de género.

Evidentemente eso no implica depositar en el equipo de salud la responsabilidad de cambios en los condicionantes sociales, pero también es importante no eludir su incidencia o cristalizar esa situación desde una suerte de fatalismo sanitario. Recuerdo las resistencias existentes en muchos colegas

médicos de comprender a la violencia de género como un problema de salud (Güida et al., 2008).

Y me pregunto: ¿y si algunos dispositivos de cuidado profesional pudiesen desembarazarse de las prácticas de disciplinamiento amarradas al cumplimiento estricto de protocolos, pero temerosas de interrogarse sobre las propias prácticas profesionales? (De Carvalho et al., 2007).

Algunos autores se han preguntado sobre el lugar que ocupan los sujetos de cuidado, (nominados de manera reduccionista pacientes o usuarios) en la toma de decisiones sobre procedimientos que les afectan (Terenzi et al., 2016).

A estas preguntas, invito a pensar en los denominados sistemas nacionales de cuidado, promovidos como política pública en las últimas décadas en América latina. El cuidado en los sistemas, apuntan a otros aspectos distintos a la gestión del cuidado en el sector salud. Refieren a las personas en situación de dependencia, a la infancia, a las personas mayores, desde una lógica de conciliación y corresponsabilidad de género.

Algunos de estos sistemas actúan ante los efectos y los impactos de la desigualdad social, pero no pretenden modificar los determinantes sociales estructurales de las desigualdades en salud. Otros, desde su creación apuntan a cambios graduales, mencionando que poseen perspectiva de género y derechos.

Podríamos tomar como ejemplo la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay (Poder Legislativo, 2015) cuando postula en su artículo 9 del capítulo III “propiciar el cambio de la actual división sexual del trabajo, integrando el concepto de corresponsabilidad de género y generacional como principio orientador” y observar lo que ha sucedido en el transcurso del primer quinquenio de su implementación en lo presupuestal, y en los cambios transformadores de género.

Es decir, podemos tener una práctica estatal que intenta amortiguar los daños de un sistema socioeconómico profundamente inequitativo (Rojas, 2018), basados en un discurso que apela a la justicia social, pero que ancla a las mujeres de sectores populares en el rol de cuidadoras informales. En la disputa político partidaria, se intenta demostrar como un éxito la contabilización de sus resultados (prestaciones, establecimientos inaugurados y metas cumplidas). Simultáneamente se acentúa la brecha económica entre los sectores sociales,

lo que no deja de mostrar que estamos ante un artilugio político de cierto liberalismo progresista. Para el debate profundo, quizás sería imprescindible revisar estas rendiciones de cuentas considerando los significados que le otorgan las personas beneficiadas, los logros en la satisfacción de sus necesidades humanas fundamentales y el verdadero impacto en las transformaciones de género.

Para continuar en esa línea recomiendo revisar el “Informe Regional de Desarrollo Humano 2021. Atrapados: alta desigualdad y bajo crecimiento en América latina y El Caribe” que ha publicado el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2021), y observar desde la lógica del cuidado social y del desafío a los sistemas de cuidado.

Respondiendo con especificidad a tu pregunta, creo que el concepto de cuidado es polisémico, y por lo tanto sujeto a interpretaciones variadas e interesadas. Es lógico que, desde una mirada de la determinación social de las desigualdades en salud, resulte insuficiente amarrar *el cuidado* a la mera tarea de asistencia clínica y de protección social para *los vulnerables*.

Basta recorrer las distintas propuestas universitarias en salud mental para ver el despliegue de dispositivos que - en nombre del cuidado - continúan con prácticas en clave individual – asistencial, pero que acriticamente se denominan *comunitarias*.

Y si bien es imperioso mantener el vínculo de acompañamiento a las personas que se asisten en un centro de salud barrial, en muchas de las estrategias de adaptación al contexto de la pandemia no hay una mirada crítica a los dispositivos de atención: ni al período previo a la pandemia, ni en los tiempos actuales. Hemos visto a equipos de salud con discursos de denuncia de sus condiciones laborales en el primer nivel de atención. Es sabido que los equipos de salud, las y los trabajadores organizados han dado lucha en toda América, ante la falta de recursos para desarrollar su trabajo con las comunidades, y para su propio cuidado: han sido en muchos espacios prácticamente la única trinchera. Falta de insumos - en algunos países y regiones con falta de oxígeno para pacientes - , ausencia de transporte para los traslados, sumado a la falta de reemplazos laborales. Miles de integrantes de equipos de salud se han visto muy afectados en su salud y en sus condiciones laborales, pero no alcanza con un discurso que reconoce el daño causado, si además no se visualiza que no se trata de más de lo mismo, sino de la necesidad de un cambio radical en

las prácticas sanitarias. Los aplausos de los primeros meses dieron lugar a la indiferencia, a la normalización de las condiciones laborales, a ser en muchos ámbitos funcionarios descartables.

Una crítica reiterada al nivel central sobre las decisiones sanitarias se ha basado en la incapacidad de delegar funciones y recursos auténticos a *la APS*⁷. A su vez, los propios dispositivos asistenciales actúan desde el paradigma de la salud pública convencional, sin tiempo ni autorización para trabajar desde la gestión de salud positiva (Saforcada, 2012).

En ese sentido, no se generan las condiciones para generar cambios emancipatorios, como lo denominas tú, salutogénicos desde el campo de la salud. Porque hay escaso margen de actuación: en Chile, prácticamente todo el actuar se encuentra protocolizado y los protocolos son generados en el nivel central. Ciertamente *preventivismo* no da espacio a una promoción de salud comunitaria, pues no hay una participación desde los territorios.

Desde mi experiencia en distintos países de América, puedo concluir que - si bien lo que sucede con “la APS” refleja la importancia que le dan los gobiernos de turno -, sus acciones no necesariamente se basan en los resultados de las investigaciones sociales sobre salud ni en la experiencia acumulada en salud pública o entre disciplinas de la salud. En muchos casos, se continúa con una atención primitiva, como la denominaba Mario Testa hace ya varias décadas. De otra manera, el actuar debería ser muy diferente con relación a los que sucede en las zonas altamente contaminadas, en zonas con carencia de agua o bajo amenazas de eventos catastróficos. Los centros de salud no generan salud - muy a pesar de su nominación -, a lo máximo abordan problemas de salud o enfermedades. El rol de promoción queda en segundo plano, ante la prevención. Y algunos programas denominados de salud familiar o salud comunitaria que he visto en estas décadas en América latina, no pretenden desde su diseño a su evaluación modificar realidades de sometimiento, sino que actúan normalizando la pobreza económica, entendiendo que la determinación social nada tiene que ver con su campo de actuación. Algunas prácticas con componente de intervención socioeducativa me permitieron visualizar lo que

⁷ Así se denomina en el ámbito de la salud en Chile a la Atención Primaria en Salud, lo cual se aproxima más al primer nivel de complejidad en la atención sanitaria que a las prácticas relacionadas con la estrategia de “salud para todos” promulgada en Alma Ata.

describía Jacques Donzelot en “*La Policía de las Familias*” (Donzelot, 1979): lo que visualicé en APEX – Cerro en 1996, fue un punto de inflexión: cómo determinadas prácticas educativas con adolescentes en situación de extrema vulnerabilidad social eran - en definitiva - prácticas de disciplinamiento social y de instruir a los más carentes sobre un estilo de vida.

Quiero expresar, estimado colega que no es suficiente nominar como familiar o comunitario a una política o programa, si no se explicita el sentido último: que vocación tiene para los equipos de salud este actuar con las diversas humanidades y desde que ethos vamos a promover este *cuidar*. He visto el uso de terminologías propias de las policías: se trata de realizar “seguimiento” y “control” más que “acompañamiento”, “educación en salud”. Leí una frase que me pareció bien representativa de lo que estoy afirmando : “*Se me chamar só para dizer aos parentes que devem lavar as mãos e usar álcool em gel, eu não participo*” (El Kadri & Rocha, 2021).

Es decir, hay cuidados que pueden ser sofocantes, que no dan el lugar a participar a quienes se tiene intención de cuidar. De allí que es necesario entender si el otro es sujeto de derechos o un objeto de control de las políticas sanitarias.

Bien, desde otro lugar podría aportar que, si prestas atención al desarrollo de la enfermería profesional en Uruguay, es constatable su surgimiento en el año 1911 con la creación de la Escuela de Nurses, la cual dependía de la Asistencia Pública (Carrasco et al., 2016). El término *nurse* se traduce en *cuidar*. Las tareas asociadas a la enfermería, en esa etapa y en las previas y posteriores, estuvieron fuertemente relacionadas con el rol de las mujeres en las sociedades patriarcales. Es decir, el cuidado es adjudicado a las mujeres y a lo femenino tiene un valor asociado a lo afectivo, al cuidado del otro, lo que históricamente se ha ido profesionalizando. Pero la enorme tarea de cuidado cotidiano en lo comunitario es trabajo no remunerado e informal, en formas precarias, en ocasiones solidarias y en clave de sobrevivencia principalmente gestionado por mujeres.

Es interesante y excede los cometidos de este diálogo, poder analizar desde la perspectiva de género, los discursos sobre los sistemas de cuidado en voz de hombres y mujeres, sus fundamentos y sus énfasis. Entonces, existen diferentes modalidades de gestión del cuidado, que van desde un contexto de instituciones de salud, redes de cuidado social, programas focalizados de algunos gobiernos.

Cuidados profesionalizados, reglamentados y cuidados centrados en la vida cotidiana, gestionando la sobrevivencia en la mayoría de los pueblos de América latina.⁸

Si bien la noción de autocuidado puede ser de utilidad en tanto el sujeto puede reflexionar sobre sus prácticas, actitudes e ideas preconcebidas, es claro que el autocuidado requiere de determinadas capacidades y habilidades, en un medio familiar, grupal y social que pueda sostenerlo. No es lo mismo mantener prácticas de autocuidado en un medio en el cual se cuenta con los recursos materiales para hacerlo, que en un medio socio ambiental adverso. Tampoco es lo mismo, pensar en el autocuidado en personas que tienen disminuida algunas de sus capacidades o no han llegado al estado de desarrollo psicológico – cognitivo para autocuidarse.

Además, pensemos en el individualismo de las sociedades actuales, donde se responsabiliza al sujeto de su propia salud, de su empleabilidad, de su futuro, en contextos injustos e inequitativos. Aspecto que se ha acentuado desde la década de los 90, cuando comienzan a imponerse las políticas neoliberales a los sistemas de atención a la salud (Schwartz, 2020).

La insistencia de diversos actores en el plano sanitario - autoridades y referentes de la salud pública, academia y gremios - con las prácticas de autocuidado como la estrategia principal para detener la expansión del Sars Cov 2, debiese ser motivo de análisis. Ello, basado en la concepción de que las sociedades como la mera sumatoria de individuos y a la prevención como un conjunto de medidas preventivas personales y autorreguladas. Desde lo adultocéntrico, se ha insistido en el papel mayoritariamente juvenil de las conductas irresponsables, menospreciando los factores culturales y comunicacionales, económicos y de habitabilidad que debieran ser atendidos. Y en la insistencia en regresar a las escuelas a niños y niñas, a pesar del alto riesgo, y eso ha sido visible en el discurso de connotados actores políticos en toda América.

El mutuocuidado se basa en el sentido existencial: un *yo* en la medida que existe un *tú*, siguiendo los planteos de Martin Buber tal como lo describe León Dujovne (1961), y en la medida en que la educación y el diálogo hacen también al cuidado (Vázquez, 2013). Es decir, cuidar es cuidar de alguien, de otro, mientras el mutuocuidado apunta a la responsabilidad compartida.

⁸ Mi aproximación al concepto del sociocuidado se dio a partir de la propuesta pedagógica denominada Educación de Resonancia Comunitaria, al adaptar a la realidad uruguaya las reconocidas (y luego censuradas) JOCAS chilenas (Vera, R; 1999). Una propuesta de educación informal que entiende al sociocuidado en diálogo con el autocuidado y el mutuocuidado.

Desde el artículo “Sustento ético del cuidar: de la filosofía a la disciplina” (Gundelach, 2016) pude aproximarme a la dimensión axiológica del cuidar, que profundiza en autores como Heidegger y Lévinas. También he considerado muy relevante en este ejercicio hermenéutico, rescatar el aporte de Carol Gilligan en cuanto a la ética del cuidado, en tanto ha permitido desmontar el relato globalizante, de una normalidad construida desde disciplinas que se niegan reconocer su condicionamiento histórico y de género. En una de sus conferencias denominada “El daño moral y la ética del cuidado” (Gilligan, 2013), la investigadora nos aporta:

Estas observaciones obligan a invertir los interrogantes en torno al desarrollo humano. En vez de preguntarnos cómo adquirimos la capacidad de cuidar de otros, cómo aprendemos a adoptar el punto de vista del otro y cómo superamos la búsqueda del interés propio, nos vemos impedidos a cuestionarnos cómo perdemos la capacidad de cuidar de otros, qué inhibe nuestra facultad de empatía y nuestra sensibilidad hacia el clima emocional de nuestro entorno, por qué somos incapaces de percibir la diferencia entre estar o no estar en contacto y, lo que resulta aún más doloroso, cómo perdemos la capacidad de amar.

Me pregunto entonces, en qué grado se ha naturalizado el rol maternal de las mujeres en lo profesional en el campo de la salud y del cuidado, ya que aún son escasas las prácticas concretas transformadoras en las universidades para revertir este proceso, más allá de una repetida constatación de esta profunda inequidad de género.

La noción de sociocuidado podría decirse que contiene aspectos relacionados a lo público, a lo social y a lo comunitario. Coexisten la responsabilidad de las instituciones gubernamentales, que debieran fomentar la salud pública y el cuidado social con el sociocuidado comunitario, a través de organizaciones más o menos formales, que ejercen el cuidado de sus integrantes. Hemos citado a diversos autores que brindan evidencias para pensar acerca de las políticas sociales de cuidado y del cuidado en los espacios de atención. Y ello abarca desde el tiempo de la consulta en un espacio clínico, la capacidad de escucha de los vecinos sin entenderlos con pacientes, el tiempo para reflexionar en los equipos profesionales sobre las necesidades de las familias o comunidades.

En Chile se instauran en algunos espacios laborales y estudiantiles “pausas activas”, me hace mucho sentido que ese tiempo permitiese desplegar en los

equipos diferentes formas de abordar el bienestar y el *buensentir* colectivo, más allá de autocuidado.

Pues bien, Ricardo, en el plano latinoamericano, al no garantizarse el cuidado social, ingresamos en lo que Saforcada ha definido como *enfermedad pública*. Es evidente e indignante lo que ha sucedido en sufrimiento humano prevenible (mucho más que morbilidad y mortalidad constatada) en algunos países, a partir de la omisión de estados para evitar la propagación del Sars Cov 2. Basta recurrir a las actas e informes de la Comisión Relatora de la Pandemia del Senado de Brasil (Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado, CPI, 2021)⁹ para constatar el daño premeditado.

La gestión del cuidado social implicaría sin dudas un trabajo intersectorial, dialogante con la gestión del cuidado en salud. Lograr una mirada integrada de los sistemas de cuidado resultaría clave para dejar de lado la concepción de beneficiarios o usuarios y pasar a entender que es un rol fundamental de los estados. Las miradas fragmentadas, corporativas, basadas en el cálculo electoral resultan contrapuestas con los derechos humanos.

Podríamos pensar si actuamos desde los espacios universitarios, en materia de sociocuidado a nivel global. Sin dudas, hay centros académicos donde existen miradas que conjugan lo global y lo local, por ejemplo, en materia de cambio climático o de salud global, pero tiende a depositarse en el saber de especialistas en estas materias, mientras la currícula de formación de las escuelas de salud no integran estas dimensiones fundamentales¹⁰ para la enorme mayoría del estudiantado.

Ricardo, a partir de los Desayunos y de tu trayectoria, sería importante que puedas relacionar esta noción de sociocuidado con la salud mental", desde la perspectiva de curso de vida. ¿Es posible?

(RP): Creo que para responder esta pregunta debo remitir a algunas experiencias personales que motivan el cuidar a otro/a, y hacer de ello un ejercicio profesional, político y de trascendencia personal.

⁹ Disponible: <https://www12.senado.leg.br/noticias/ao-vivo/cpi-da-pandemia>

¹⁰ Cuando observamos las cifras que aporta el Servicio de Vigilancia de Ataques a Centros de Salud de Naciones Unidas, podemos preguntarnos: ¿en qué medida esta situación me conmueve?, ¿qué tiene que ver esto con mi conciencia de la salud global?, ¿podríamos hacer algo al respecto? Tengo la impresión, que si no se encuentra en la materia que imparto en la facultad, si no forma parte de mi línea de investigación o no tengo a alguien conocido por allí, no me siento involucrado/a y mucho menos, comprometido.

El día 18 de octubre de 2019, fue uno de los días más contradictorios de mi vida. Tenía por objetivo visitar dos lugares en México para difundir y evidenciar lo que ocurre en algunos territorios afectados por la contaminación en Chile y cómo se vulneran los derechos cotidianamente. El vuelo estaba programado a eso de las diez de la noche. Llegaría al día siguiente a México. Por años, he participado de las diversas manifestaciones sociales desde la Revolución Pingüina del 2006, Movimiento Estudiantil del 2011, y manifestaciones como "Patagonia sin Represas". Sin embargo, ninguna se compara a esa semana de octubre.

Casi al tomar el vuelo -que por poco no llego a tomarlo dado el caos del transporte- reviso las noticias y me hago consciente de la gravísima situación que como sociedad vivíamos. Quise bajarme, sin embargo, no había forma. Tras mi contradictoria frustración de "no estar" y los dolorosos crímenes de aquella madrugada, comprendí que era lo que debía hacer desde mi trabajo, como funcionario público de salud: Cuidar, aunque fuera desde otro territorio, desde otro hemisferio, desde mi trabajo y acción política. Comprendí que los traumas sociales-psíquicos como dictaduras, matanzas, desapariciones, genocidios étnicos, que hemos vivido a lo largo de la historia en estos extensos territorios, nos permite reflexionar: ¿cómo garantizar la vida? ¿Cómo cuidarnos de tales amenazas a la vida?

Leininger (1978) fue una de las primeras teoristas de Enfermería que abordó los cuidados desde una perspectiva cultural, remarcando la importancia de conocer la estructura cultural y social de una comunidad para poder realizar planes de cuidados respetando sus sistemas genéricos o tradicionales y a la vez otorgar cuidados profesionales en salud, logrando un estado de salud holístico. La misma autora realiza las diferencias entre lo que considera el Cuidado Genérico, Cuidado Profesional y Cuidado Profesional Enfermero, con el objetivo de identificar todas las prácticas de cuidado presentes en una cultura u otra, distinguiendo cuidados específicos de una cultura, así como cuidados universales planteadas desde las similitudes. Para ella, el cuidado humano es un fenómeno universal pero los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan varían culturalmente. (Leininger citada en Medina, 2018, p. 43).

En el año 1992 Watson citada en Medina (2018) plantea que el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan: "proteger,

mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”. Para esta autora, es necesario reivindicar el carácter subjetivo y fenomenológico presente en la interacción- planteando el concepto de “Cuidado Humanizado”, de manera de superar el reduccionismo biologicista que suponen estas interacciones. Varias académicas de enfermería, señalan que cualquier “apellido” que acompañe al Cuidado es una redundancia, pues sin estos elementos, no se podría considerar “cuidado”, sino la repetición de técnicas o procedimientos, sin el carácter comprensivo-trascendental.

Creo que nuestro intento por buscar en el Sociocuidado, no es mero oposicionismo desafiante a la mirada del autocuidado. Vale la pena mencionar, quizás a estas alturas, que el cuidado no solo proviene de un Ethos, sino también desde el Eros, es decir, de la ternura, que le da el acto compasivo y comprensivo. Esta ternura también debe estar presente en la cotidianeidad de las sociedades, especialmente en las instituciones que pueden promoverla. El prefijo “socio” reivindica que el cuidado está presente en las sociedades, al mismo tiempo que le otorga un mandato a promoverlo ya sea desde el cuidado genérico (especialmente desde los Estados y sus diversas estructuras), cuidados de profesionales de salud o cuidados de profesional enfermero, que desde la ética que nos puede convocar Carol Gilligan. Reconocer, también, en la Ética de la Vulnerabilidad, que en muchas ocasiones en el sector salud, lamentablemente, los dilemas y lecciones escogidas, responden a la lógica del lucro, especialmente desde los gremios más acomodados, aseguradoras o multinacionales, que se han visto en serios conflictos de interés. Esto es aún más sensible en tiempos de agitaciones sociales y crisis sanitarias donde la “necesidades en salud” se han visto desbordadas.

Por ello, pensar especialmente en el cuidado, y posteriormente en el cuidado de la salud mental, implica adentrarse en discusiones que, fundamentalmente, están cruzadas por miradas que podríamos llamar *Necropolíticas* o de la explotación en tiempos contemporáneos, pues en las distintas subjetividades presentes en el mundo, al parecer, las miradas diversas en Latinoamérica convocan a pensar desde el cuidado. Un cuidado que emerge desde un arraigo ancestral, y un profundo interés de cuidar más allá de lo humano, sino también la vida y todas sus formas.

Joyce Travelbee fue una de las primeras enfermeras en continuar con el trabajo de Hildegard Peplau. Para Travelbee la salud mental “no es algo que la persona posee, sino algo que la persona es, en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinado”. Para ella, las enfermeras deben lograr algunas actitudes como la aptitud para amar y la capacidad para enfrentar la realidad y descubrir un propósito o sentido de vida. De la misma manera, su antecesora y gran influencia, destaca a través de su Teoría de Enfermería Psicodinámica, “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”. En enfermería la mirada del cuidado de la salud mental -o lo mental de la salud como lo plantea nuestro amigo Enrique- es bastante limitada, en cuanto a verlo más allá de una relación terapéutica entre “paciente-enfermera” (a veces sin la necesaria comprensión del poder que esconde el vocablo “paciente”), no aborda necesariamente “lo colectivo”, o con muy escasas estrategias, en general, en ámbitos comunitarios.

Más bien en Chile, las prácticas de cuidado profesionalizante de carácter comunitario tienen orígenes en el mundo del trabajo - especialmente en empresas mineras - o en los campamentos y territorios, a través de las enfermeras sanitarias, aunque no necesariamente desde una mirada de “lo mental”, ni tampoco comunitaria, tal vez, como hoy se define. El desarrollo de la enfermería ha estado muy influenciada por el contexto histórico-político -no olvidar que desde la Fundación Rockefeller se otorgaron becas para formar enfermeras profesionales en Estados Unidos, con esa visión sobre de cuidar- de proteger de accidentes del trabajo. Esto no necesariamente implica *un cuidar* genuinamente a las personas, sino cuidar los efectos económicos que tiene en las empresas, los accidentes y enfermedades laborales. Con ello, buscaban formas de poder mantener sanos a los trabajadores, especialmente, los que estaban en las mineras o faenas extractivistas, de manera de contar con una “mejor mano de obra”, dada las altas tasas de morbi-mortalidad que se encuentran en esos sectores productivos, pero sin la capacidad de reconocerse como comunes y parte de una comunidad, ni de reconocer las necesidades colectivas, ni mucho menos la capacidad para organizarse y afrontar las complejidades de la realidad territorial-nacional. Es también importante observar lo ocurrido en la época de los años sesenta en adelante, tiempos en que

se vivieron grandes transformaciones sociales, donde la Educación en Salud fue especialmente determinante para controlar epidemias, enfermedades de la época y de organización social.

Hoy vemos que en los/las trabajadores/as los problemas de salud mental no tienen otra alternativa que abordarse con licencia médica, psicofármacos y de manera individual, siendo su etiología asociada habitualmente a causas externas a la persona, vale decir, las condiciones de trabajo, sus relaciones o los lugares que habitan. Ante la actual crisis de lo mental de la salud, debates en torno a la medicalización de la vida, se hacen necesarios, dadas las urgencias que vemos en la sociedad chilena, la que destaca con altas tasas de suicidio de adolescentes y personas mayores. Puedo recomendar un dilema ético que planteamos al respecto, especialmente en el abordaje que hoy por hoy tienen niños, niñas y adolescentes (Pérez & Olate, 2018).

Si bien en Chile la definición del Ministerio de Salud sobre la salud mental (basada en la definición del Ministerio de Salud Canadiense) hace referencias al bien común y la búsqueda de la justicia social, como también la mirada hacia el medio ambiente. Sin embargo, en la práctica, esta definición no ha podido materializarse en leyes, planes o políticas que las implementen, y queda más bien en algo “etéreo y deseable”. Quizás la que más haga sentido es la que utiliza la OMS y que se centra en lo productivo y aporte social, que en ese sentido, tiene un norte “material”. Aun cuando el reciente Plan Nacional del Ministerio de Salud (MINSAL, 2018) integra mirada de derechos humanos, enfoque de curso de vida y determinantes sociales de la salud; reconoce a la vez las profundas brechas en salud que se han tenido desde el Primer Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2000) hasta la elaboración del que se está ejecutando y los desafíos que implican en los años venideros. Todo lo anterior, una vez más, no serán más que palabras, si no se aborda la Injusticia Social y Ambiental, ni se trabaja en el sentido de comunidad y pertenencia social.

Si a ello se suma la crisis social que explotó en octubre de 2019, vemos desafíos aún mayores, puesto que la confianza en las instituciones, la vivencia de las injusticias sociales y la precarización de la vida da como resultado desconfiar de todo lo que provenga desde allí. Es así que desde el sector salud, las universidades y todo el aparato institucional- estatal, vienen a recordar la tarea a la que nos interpela la ética de la vulnerabilidad y la ética del cuidado: Proteger y velar por el

bienestar de la población, especialmente en estos tiempos de grandes necesidades en lo mental de la salud y salud en su integralidad. Algunas enfermeras y una gran cantidad de personas en Chile han encontrado en el cuidado (en referencia a la justicia social-ambiental), su ser también descolonizante y emancipador, pues invita a una acción material en torno a lo ético, profesional y político.

¿A quién le otorgamos la dignidad de ser cuidado? Reconocer que somos parte de un todo, es también fijar nuestra atención en las raíces y relaciones, en lo que nos hace humanos, y lo que hemos destruido. Avanzar hacia comunidades que sepan identificarse como comunes entre personas diversas, habitando un espacio que es también común y de responsabilidad compartida. Hoy, las palabras de Leonardo Boff resuenan: “el cuidado es un *modo-de-ser esencial*, siempre presente e irreductible a otra realidad anterior. Es una dimensión Frontal, originaria, ontológica, imposible de desvirtuar totalmente (...) el cuidado forma parte de la naturaleza y de la constitución del ser humano” (Boff, 2002).

En el análisis situacional que realizamos del primer período de la epidemia (Ramírez et al., 2021), concluimos que se observa “una fuerte presencia masculina en las distintas categorías y de centralismo geográfico en la toma de decisiones, excluyendo la voz de regiones, mujeres, disidencias, niños, niñas, personas en situación de discapacidad y con enfermedades poco frecuentes. Se observa una predominancia de medidas económicas sobre las sanitarias y una deficiente comunicación del riesgo, además de brechas en la aplicación del Plan Nacional de Emergencias y Desastres”.

En ese marco diferentes actores sociales comienzan a utilizar de manera reiterada el vocablo “cuidado”. Surge interesante cómo este vocablo es utilizado en ambos contextos (Revuelta social-Covid-19) es acompañado en contexto tras la frase “*Estamos en guerra contra un enemigo poderoso*” por parte del Presidente de la República. (Navarro y Tromben, 2019). Entonces, ¿Desde dónde surge la necesidad de cuidar? ¿En este contexto, quién(es) cuida(n)?

En un momento en el que la institucionalidad del modelo social-político-económico está en tensión y transformación, ¿Existe actualmente un sistema de cuidados? ¿Es necesario hablar de un Sistema Nacional de Cuidados? ¿Qué utilidad tiene en términos jurídicos-legales? ¿Es suficiente para la transformación requerida en un contexto social-sanitario y de la naturaleza de crisis y catástrofes en todo el mundo?

No es casualidad que aquellas comunidades mapuches que hoy reclaman su derecho ancestral a defender la tierra, hoy el Estado responde con mover sus tropas militares, navales e incluso aéreas, todo para privilegiar a aquellos que extraen devastando impunemente.

¿Eco-socio-cuidados?, ¿qué rol tenemos las personas? Estos algunos de los aspectos que han motivado los espacios de diálogos en los Desayunos Latinoamericanos, instancias que buscan mirar desde distintos enfoques la realidad de países, que tienen mucho de común y de diversidad, lo que nos hace pensarnos, también, como comunidad que habitamos la extendida Abya Yala.

Observar que las relaciones del cuidado, con lo mental, lo comunitario y ambiental, no es un ejercicio tan común en las academias, pese a que las contradicciones que presentan las brechas en estas materias resultan evidentes, especialmente en zonas con intoxicaciones producto de la actividad industrial, y que viven cotidianamente los efectos. A estas alturas, y pese a que organismos como la Corte Suprema ha ordenado al Gobierno, que realice modificaciones drásticas en cuanto a la actividad de ciertas empresas contaminantes; lamentablemente, en lugares como Quintero-Puchuncaví, aún se evidencian emergencias ambientales de considerable recurrencia y peligrosidad. Todo ello me lleva a preguntarme: ¿Qué implicancias puede tener un dictamen como éste? En situaciones eco-sociales complejas, se requiere de una comunidad organizada y una academia ética que sea capaz de evidenciar aquello que realmente sea de interés público y con el sentido de urgencia que tenemos en algunas materias.

Carlos, ante lo expuesto te invito a reflexionar sobre cómo entendemos la salud mental comunitaria en Chile y qué podemos aprender de las experiencias como los son los desastres sociopolíticos- sanitarios.

(CG): En primer término, y antes de brindar mi opinión, quisiera reconocer el aporte que has traído con la perspectiva cultural en enfermería, de alguna manera cuestionando la mirada de una profesión fuertemente marcada en sus inicios por la impronta de lejanas latitudes, fundamentalmente europea. Como ha sucedido indudablemente con tantas otras profesiones del campo de la salud, tanto en el hacer, en la práctica profesional como en lo que se encuentra profundamente intrincado:

el sentido mismo de la profesión, la forma en que se ha producido y comparte un determinado saber, así como la dimensión axiológica que acompaña a ese actuar. Y en ese sentido, el cuidado pensado en esta dimensión de encuentro interpersonal, de un entramado de intersubjetividades en un contexto cultural, no puede soslayar a las estructuras, a las normas que rigen el actuar profesional y permiten desplegar distintos grados de cuidado en un marco laboral remunerado. En un determinado orden jerárquico de las profesiones, y de grados al interior de éstas, el sujeto de cuidado en la mayoría de los casos actúa en calidad de paciente o *usuario*. Observa el significado de estos términos, que tanto acotan y delimitan derechos y capacidades.

La salud mental comunitaria, no puede estar escindida de la salud en su multidimensionalidad: no tiene mayor sentido pensar que puede existir salud mental en las comunidades, desconectada de la calidad de vida, de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, de la superación de los condicionantes socioambientales. Y quiero ser bien enfático en señalar que no pueden confundirse las prácticas preventivo - asistenciales del primer nivel de atención sanitario con la salud comunitaria. Es decir, lo que planteamos hace mucho tiempo es que en la vida cotidiana los sujetos son vecinos y vecinas, no pacientes o potenciales usuarios. Invito a revisar las ponencias del “Ciclo de APS al Día, Ciclo Seminarios Salud Mental en Pandemia” de Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de Facultad de Medicina, para percibir estas diferentes perspectivas¹¹.

Y discúlpame que vuelva a los escenarios históricos, pero es la modalidad que encuentro de comprender y de resignificar cambios que responden a lógicas sociales. Como si los siglos que preceden no hubiesen marcado una impronta en las instituciones, en las reglas, en el imaginario colectivo, muchos discursos apuntan a la inmediatez, y padecen de pérdida de la memoria colectiva.

En contextos donde *cuidar* constituía un despliegue de actitudes de maternaje - insertas en estructuras patriarcales y configuraciones de prácticas de género y donde la asistencia clínica estaba relacionada con las instituciones de caridad -, resulta complejo que el sujeto de cuidado pueda generar una relación más autónoma, por llamarla de alguna manera.

En esa dirección, el planteo de Joyce Travelbee (1969) responde a plantearse un vínculo persona a persona en el campo de la salud mental y en enfermería

¹¹ Los encuentros pueden visualizarse en: <https://www.youtube.com/watch?v=AeOe2bxqco>

psiquiátrica, en un país convulsionado por los movimientos sociales, y cuando las posturas anti manicomiales y la antipsiquiatría tomaban impulso a partir de la experiencia italiana. Cabe señalar que mientras se traducía al español por parte de OPS el libro de Travelbee, en Italia se volvía realidad la ley 180, impulsada por Franco Basaglia y su equipo. Invito a que se pueda visualizar cual es el legado en la práctica actual de las instituciones en las cuales ejerció Travelbee y en las cuales ha trabajado el equipo de la desinstitutionalización de Trieste, es decir, donde surgieron las teorías de un revolucionario cambio en la atención de las problemáticas de la salud mental.

Siguiendo a Travelbee y retomando una de sus frases, la cual he rescatado de un artículo (Rivera, 2003), hay que actuar con la realidad tal cual es y no como quisiéramos que fuese: no puedo ser categórico como tú con la afirmación que una u otra profesión ha encontrado una perspectiva descolonizadora y emancipadora a partir de la crisis. No tengo evidencia de ello. Y lo digo, al observar que muchas prácticas de atención en salud se mantienen en un determinado orden institucional - sea en la asistencia pública o privada - y también he visto precarización, desgaste psicoemocional y hasta acontecimientos críticos en personas que cuidan personas. Ese cambio no vendrá desde las instituciones de atención en salud per se, sino que implican cambios constitucionales, institucionales y culturales. Veamos que sucede una vez culminada la pandemia, y ante la nueva realidad chilena que se iniciará en marzo de 2022 en Chile.

Por más afecto, cultivo del vínculo persona - persona que exista para contribuir a la disminución del padecimiento como un acto significativo, nadie puede desprenderse del contexto en el cual se desarrolla este vínculo. El aporte de las corrientes personalistas, humanistas y existencialistas es fundamental, pero esas teorías fueron paridas por autores que vivieron situaciones políticas, económicas y sociales críticas. El tema es cuando se adhiere a planteos existencialistas y personalistas sin comprender la determinación social de los procesos de salud - enfermedad. Una investigación de María Paula Juárez (Juárez, 2015, pp. 291-302), da cuenta de los vacíos de la formación humanista y sus consecuencias en la práctica médica, así como lo que implicaría la formación en pedagogía dialógica, partiendo de los aportes teórico-metodológicos de Paulo Freire.

Podríamos colocar como ejemplo, el cuidado ejercido con los hijos de las aristócratas por parte de las amas de leche y nodrizas en América latina, donde se subrogaba un aspecto importante de la maternidad (Guzmán, 2018).

Ese cuidado, en el marco de condiciones de esclavitud o de explotación laboral, de mujeres afrodescendientes o de pueblos originarios, mujeres en situación de amplia vulnerabilidad social, estaba naturalizado y aceptado y según lo que he leído no era mayoritariamente cuestionado. Es interesante observar cómo se articulan las dimensiones género, clase social y pertenencia étnica hasta las primeras décadas del siglo XX, cuando se va institucionalizando la enfermería y comienzan a plantearse la obligación moral y sanitaria de las mujeres- madres, de alimentar con leche propia a sus hijos.¹² Paulatinamente, surgen las campañas de los bancos de leche humana, apareciendo la leche sustituta para determinadas situaciones.

Encuentro referencias de profesionales de la salud que sin dudas fueron motivados por las corrientes personalistas y humanistas, pero que actuaron más allá de la compasión. La psiquiatra Nise Magalhães da Silveira y su lucha antimanicomial y por los derechos humanos, es un ejemplo (Boarini, 2020).

Pues bien, cuando me invitas a reflexionar sobre salud mental comunitaria, comenzaría cuestionando la expresión salud mental. Salud de la mente, entonces nos preguntamos acerca del concepto de *mente*. En un artículo periodístico de Gonzalo Giuria (2018), Enrique Saforcada plantea que “*no existen las enfermedades ni los enfermos mentales, lo que sí hay son personas que están enfermas en la totalidad de ellas y su contexto*”.

En ese sentido, discrepo del carácter adultocéntrico desde donde se definió la salud mental por parte de la OMS, hace ya más de setenta años. El trabajo de un autor colombiano me ha orientado en la lectura sobre el concepto de salud mental desde la perspectiva de la rectoría internacional en salud (Llopera, 2014). Dado que la definición de la OMS no ha sido modificada, podemos adentrarnos en el documento que mantiene vigencia institucional hasta la actualidad. El mismo surge en un contexto de occidente, de un escenario post segunda guerra mundial y ya iniciada la Guerra Fría. El documento al que hago referencia fue presentado entonces por un comité de expertos en Higiene Mental compuesto por siete hombres y una mujer, procedentes de los Estados

¹² Es interesante observar los discursos liderados por pediatras y las prácticas de profesionales de la salud en el mismo sentido. Por ejemplo, la cita a Baeza Goñi (1937) por parte de la Revista Chilena de Pediatría en el año 2014: la civilización moderna que a la mujer va atrofiando el sentido maternal” el que secundariamente provocaba la “atrofia progresiva del poder secretor del seno materno”. El “modernismo, que rige aún para las líneas de la silueta femenina, la cual víctima de ello se somete a fantásticos regímenes para adelgazar” era considerado la principal amenaza en las clases acomodadas, mientras que en los sectores más populares, lo era la “misericordia y la subnutrición”.

Unidos (2) y países europeos (5) y Brasil (1). Los hombres, se definen como *doctores*, la médica como *señora*.

En el documento (OMS, 1950), tanto la promoción de la salud mental y la prevención adquieren un rol preponderante ante los enfoques basados en los tratamientos psiquiátricos y ya en la definición de salud mental se mencionan dos veces los *impulsos instintivos* y una las *tendencias instintivas*.

Se evidencia que las recomendaciones para los trabajadores de la salud pública, está centrada en la experiencia de los expertos en higiene mental: en la traducción al español, la niña es inexistente, la mujer sólo aparece mencionada en su rol materno, la anticoncepción no merece ni una sola frase en lo referente a la salud sexual y reproductiva. La visión de la familia es tradicional de occidente, nuclear, con roles diferenciados, siendo el padre una figura secundaria y el trabajo femenino una variable de la que se puede prescindir si el niño no se adapta a la educación preescolar. Se asocian las enfermedades venéreas con la promiscuidad sexual y ésta con grupos minoritarios compuestos por individuos con trastornos de la personalidad: será necesario identificar y tratar en higiene mental - con todos los medios posibles - a estos individuos. Y reconoce que esta tarea se puede ver empañada por personal de salud que mantiene prejuicios o resistencias.

Particular interés me ha llamado el uso del cine, como una herramienta para la higiene mental, dentro del ítem “Técnicas de educación de masas de población”. Pues en Estados Unidos, desde donde surge este documento, ya llevaba dos décadas de vigencia el Motion Picture Production Code - conocido como Código Hays - una de las herramientas de censura cinematográfica de esta nación de la libertad¹³. Y estos mecanismos, sin dudas, no son materia de análisis de la higiene mental colectiva. Tampoco se menciona la educación en sexualidad.

En ese sentido, y con el carácter polisémico y confuso de este marco de referencia de OMS, me resulta difícil entender a qué nos referimos con salud mental o a la salud mental comunitaria, sin caer en una profunda contradicción. Sin embargo, la pandemia nos trae ejemplos de las perspectivas reduccionistas de los procesos de la vida cotidiana y de los discursos sobre la salud mental.

¹³ Me he referido a este código con mayor especificidad en la conferencia “Dogmatismos económicos, políticos y religiosos: sustentos de la dominación masculina” en la Universidad de Costa Rica (2019) <https://www.youtube.com/watch?v=9-l4iySVO9A>

Respondiendo a la segunda parte de la pregunta que me haces, diría que atravesar por desastres multidimensionales - y reflexiono sobre qué desastre no abarca la dimensión política, social, cultural, sanitaria - no necesariamente genera proversividad. Si bien en cada comunidad, en cada equipo de trabajo comunitario surgen experiencias novedosas, la mayoría no alcanzan a generar resonancia comunitaria de mediano plazo. Se han realizado propuestas interesantes en Chile, una de ellas ha sido “*Salud Mental en Situación de Pandemia. Documento para Mesa social COVID 19*” (Universidad de Chile, 2020), donde se valora el papel activo de las comunidades y la perspectiva psicosocial.

Por otra parte, revisando las propuestas programáticas para las elecciones internas en Chile a mediados de 2021, uno de los candidatos a las elecciones internas presidenciales, plantea el “*Plan de Recuperación en Salud Mental. Tejiendo cuidados en contexto de pandemia y post pandemia*” (Boric, 2021)¹⁴. El documento parte de una definición de la salud mental, centrada en la carencia de esta. Se reconoce que la crisis en la atención a la salud mental lleva una década. Pero si observamos el primer plan de salud mental y psiquiatría (Minoletti & Zaccaria, 2005), o nos remitimos a los estudios y propuestas del psiquiatra Juan Marconi Tassara, la fecha de inicio de esa crisis puede remontarnos a muchas décadas en la historia de la salud pública en Chile. La comparación de las problemáticas de la salud mental se plantea en esta propuesta, con relación a los países OCDE y desapegado de la realidad latinoamericana: típico del discurso de un Chile neoliberal, que ha promocionado una imagen de modelo de desarrollo y en su pertenencia al club de los países privilegiados. En ese documento, lo referente a la salud comunitaria sólo es mencionada en tanto “equipos de tratamiento asertivo comunitario”. Se toma como referencia al modelo de Andalucía (2010), pero no existe ninguna mención a las trayectorias en salud mental comunitaria de Argentina, Brasil, Uruguay, por mencionar a países cercanos con desarrollo en la materia. El modelo responde a la psiquiatría comunitaria y no a la psicología social comunitaria latinoamericana. No hay transdisciplina ni interdisciplina en el documento: se basa apenas en la multidisciplinaria, se refiere a la población de nacionalidad chilena en un país con una creciente población inmigrante. Hay una aceptación tácita de un sistema basado en “prestaciones”. No voy a extenderme

¹⁴ Esta propuesta ha sido sustituida con posterioridad, camino a las elecciones presidenciales y no se encuentra disponible en la web.

más, simplemente mencionar que - entre el discurso de la justa denuncia y las propuestas transformadoras - puede existir un gran trecho. Y si “el diablo está en los detalles”, las propuestas de los asesores en materia de salud mental pueden haber reproducido la medicalización de lo comunitario¹⁵. Es decir, hay reformas que maquillan y hay propuestas que apuntan a capacidad transformadora.¹⁶

Hay estudios interesantes, que aportan a la comprensión del cuidado desde otro lugar: las modalidades de sentir en lo cotidiano miradas desde las categorías de género, generaciones y clase social (Palma et al., 2020). Estos estudios nos permiten una aproximación considerando a los sujetos y no a meros individuos catalogados como pacientes, pre - pacientes o usuarios de un sistema.

(C). Ricardo, sería importante, ¿cuál es la mirada desde tu práctica hospitalaria, desde tu mirada barrial y académica sobre la subjetividad, las prácticas de resistencia a los efectos de la pandemia? ¿Hay fracturas en la lectura al mirar solo desde un espacio? Los aportes de quienes han desayunado con nosotros, ¿te han permitido otras lecturas?

(RP): Comienzo con una cita de Violeta Parra:

“Lo que puede el sentimiento, no lo ha podido el saber.”

Creo que a estas alturas es necesario conversar acerca de que no solo enfermería debe encontrar o ha encontrado un centro decolonial y emancipador, es una necesidad de todas las ciencias, humanidades y artes; es sino, un imperativo ético. En las enfermeras en Chile podemos ver algunos ejemplos recientes de encontrar una praxis del cuidado que conversa y dialoga con los procesos emancipadores de una sociedad, que busca reconocerse también desde la diversidad y las injusticias sociales y ambientales a las que han sido sometidas: persecución de enfermeras activistas, escasez de recursos para la atención, invisibilización del rol, entre otras.

He visto, en diversos territorios, cómo también el cuidado emerge genuinamente y ante la ausencia del Estado, es la comunidad quien debe organizar

¹⁵ Observar los apoyos recibidos a esta propuesta, por parte de connotadas figuras de la medicina nacional, resulta una tarea de análisis pendiente.

¹⁶ En las propuestas posteriores rumbo a la presidencia del candidato y su equipo fueron mejorando sustancialmente y este documento no se encuentra disponible.

sus propios sistemas de cuidados como abastecimiento de alimentos, seguimientos y asistencias de enfermos, construcción de viviendas en tomas, entre otras importantes y vitales acciones. El reconocer en las brigadas de salud, ollas comunes, agrupaciones ambientales, de mujeres, jóvenes que luchan por la naturaleza, y tantas otras acciones sociales que develan toda una red de cuidados presentes más allá de lo institucional y que puede tener orígenes ancestrales o decoloniales-emancipadores. Esto es realmente extraordinario, en tiempos en que es necesario resistir con Cuidados -sean profesionales o no- ante dos hechos sociales traumáticos: Violaciones a Derechos Humanos y Manejo Necropolítico en contexto Covid-19.

Es conmovedor presenciar la muerte de familias completas producto de la epidemia y es angustiante el sufrimiento que también genera en los equipos de salud. Es tremendamente traumático no contar con los mecanismos habituales de cuidado que se suma a la frustración de estar en un sistema sanitario que desde hace años está en crisis.

Vale la pena también, realizar un recorrido que nos permita entender cómo se pueden construir sociedades que, hoy por hoy, mantienen y promueven conductas extremadamente individualistas y subjetividades de consumo; pasan a ser sociedades que promuevan y practiquen cuidados. ¿O será que también el sentido colectivista latinoamericano, promueve en sí mismo cuidados, y que trascienden las sociedades de consumo? Y es que es cierto, si miramos desde dónde se construye esta palabra, implicaría necesariamente también hacer un análisis interseccional, pero fundamentalmente de clase. Implicaría también preguntarse, qué significan los Estados-Naciones en un contexto trans y plurinacional, que es a su vez una invitación a plantearse sobre las formas renovadas del colonialismo de ayer.

La historia nos invita a pensar que - ante las opresiones - la ternura puede guardarse para situaciones cotidianas/familiares/comunitarias, sin embargo, ante las opresiones, la ternura, se guarda, para que la emancipación encandile como estallido, y se mantenga como llama en revuelta. Por ello, la reivindicación de todo proceso emancipador de personas y comunidades, cobra especial interés ante un momento donde la muerte y la enfermedad se hace de la vida. Es quizás un cuidado de lo mental de la salud a nivel individual y colectivo, que permita tener mayor consciencia del habitar en este mundo que, en nuestras manos (y principalmente en aquellas que dominan el mundo) parece acabar.

La misma historia en este minuto, se nos presenta como una oportunidad de rescatar en lo ancestral, en lo femenino, en los saberes disciplinados y emancipadores, en las experiencias previas y lo que nos construye como otro/a que también hoy, debe ser reconocido en su diversidad y por sobre todo en su dignidad. Cuando las injusticias tienen un mismo origen, es más fácil comprender que también las opresiones se manifiestan en todo cotidiano, y que por ello, también junto con reivindicar los derechos sociales, se hace necesario mirar a la otredad más allá de lo humano, sino de la vida. La naturaleza como sujeta de derechos expresadas en algunas Constituciones en Latinoamérica es un reconocimiento a que la vida emerge, surge y se mantiene también con la justicia ambiental y las conductas humanas que promuevan su cuidado. De otro modo, incluso hablar de sociocuidado, cuidados comunitarios de lo mental-emocional de la salud; no es sostenible si no atendemos los aspectos ambientales-sociales y políticos-económicos donde quienes originan las injusticias tratan a toda costa de mantener su status quo.

Y es que no sorprende que el Plan Nacional de Salud Mental y la Ley de Salud Mental en discusión, sean insuficientes ante las necesidades de cuidado en las sociedades actuales. Se requiere, en un momento constituyente – que invita a pensar una nueva sociedad- que no solo sean marcos y acuerdos de un nuevo habitar expresados en palabras o dispositivos de poder en instituciones, sino de una ética que permita dejar un mundo para que otras personas puedan habitarlo.

Con ello, quiero decir, que da lo mismo la disciplina, trabajo, oficio, profesión o estudio que se practique. La invitación pretende que, a pesar de que la enfermería logre ser una demostración empírica de la fecundidad de un enfoque que toma en serio, tanto en el plano teórico como en el metodológico y retórico, el hecho de que el ser humano es, ante todo, un ser de carne, nervio y sentidos; la apuesta entonces sería a ser parte activa en la construcción del universo que lo crea, por lo que la demanda que nos hace el planeta y las generaciones que nos siguen, es a una praxis de cuidados. Todo ello, posible en un sentido profundo de reparación de las injusticias sociales y ambientales, las que tienen un origen, también, común, en gran parte de Latinoamérica.

Es así que este proceso nos invita a volver a los textos de Paulo Freire y el sentido de los procesos educativos emancipadores, lo que hoy puede constituirse

en una de las herramientas fundamentales para esta nueva sociedad, como es la educación en salud. Así también como el inmenso aporte del profesor Juan Marconi y su aporte a los procesos de salud mental comunitaria, proceso lamentablemente interrumpido en el año 1973 y escasamente rescatado en los procesos de organización en salud mental comunitaria en Chile.

Son tantos los aportes, que resultan escasas las palabras para agradecer a creadores, artistas, académicos/as, y un sin número de personas que permiten reproducir un cuidado latinoamericano, que valora y busca en lo ancestral, nuevas formas de relaciones entre humanos y naturaleza, y que se emancipa en tiempos de opresión, muerte y dolor.

A casi dos años, de dos crisis sociosanitarias, la primera con decenas de muertos (y con dudas acerca de la información oficial) y cientos mutilados por agentes del Estado; y la segunda, de contagios y enfermedad; hace cuestionar nuestro sentido y horizonte como académicos, funcionarios públicos, de salud, de educación, etcétera; y que anhelamos, encontrar nuevas formas de cuidado, en un contexto de gran incertidumbre, porque también es cierto, en comunidad, las catástrofes, suelen tener resultados distintos a todo sentido individual; y quizás con los aportes de otras personas en latinoamérica podamos encontrar.

Por ello, buscar las prácticas de resistencias y observar que coexisten en sinergias pueden llevar a comprender los cambios paradigmáticos que provocan los quiebres sociales-sanitarias, y las posibles respuestas que podemos encontrar desde la ética. La transformación más profunda, y que genera “esperanza”, es pensarnos en un Chile y Latinoamérica diversa, donde los pueblos se encuentran y generan redes de cuidados.

El mismo Leonardo Boff nos da cuenta de lo siguiente:

Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro (Boff, 2002, p. 29).

En estos días leí un ensayo de opinión en un reconocido diario estadounidense (The New York Times) titulado “*Más Margulis menos Darwin*”

(Caula & Caula, 2021), donde desde una perspectiva crítica y transdisciplinaria, se reflexiona acerca de la construcción de saberes, y cómo no solo se puede ver desde la competencia la vida, sino desde un profundo carácter cooperativo que permita que la vida busque nuevas formas de desarrollarse.

(R): Estimado Carlos, dado que has mencionado por una parte el sociocuidado y refieres a realidad latinoamericanas ¿cómo podrías definir al sociocuidado latinoamericano?

Ricardo, el sociocuidado puede ser una categoría que permita analizar dimensiones lo local, de los nacional, de lo internacional. Por supuesto que cuidar y cuidarse entre pueblos y naciones, generar y fortalecer lazos de fraternidad, de colaboración, de solidaridad resultan cruciales para el Buen Vivir. Sin embargo, asistimos a naciones - estados que compiten por mercados para colocar sus productos, con eternas tensiones fronterizas y armamentismos solapados, con trabas rocambolescas para los procesos migratorios entre países hermanos, entre tantos ejemplos de la desunión en el cual nos encontramos sumidos. Podríamos inclusive analizar las respuestas que han dado los países ante los mandatarios que parecen padecer graves trastornos de personalidad por sus reflexiones y decisiones, o más bien que han desplegado lo más brutal del paradigma masculino/machista y que han conducido en pandemia a un incremento de la morbilidad y la mortalidad durante el ejercicio de sus mandatos¹⁷.

El cuidado latinoamericano refiere a promover todas aquellas modalidades de satisfacción de las necesidades humanas fundamentales – personales, grupales, colectivas – que permitan el Buen Vivir. Desde el campo de la educación superior, de la formación de personas y de equipos que trabajan en salud, así como desde la extensión universitaria se pueden realizar aportes sustantivos. Eso sí, comenzando con una revisión de las propias prácticas académicas institucionalizadas: desde la reflexión sobre las hegemonías universitarias, el lugar de la producción de conocimientos, el productivismo en la academia, la aceptación acrítica de determinadas modalidades de aprender y evaluar los aprendizajes.

¹⁷ Los casos de las declaraciones públicas, de las transgresiones a las medidas sanitarias o aspectos relacionados a la gestión de la pandemia de presidentes de México, Brasil, Uruguay, Argentina, Chile, Paraguay (entre otros) generarán - sin dudas - diversos análisis desde los estudios de las masculinidades y desde la academia feminista.

En el lenguaje rioplatense, “desayunarse”, refiere al despertar ante una nueva condición, de allí que la propuesta de los desayunos de sociocuidado se asociaron a lo que sucede después del despertar. Porque despertar no significa plena conciencia, si no va acompañado del diálogo en un buen desayuno.

Referencias bibliográficas

- Aguayo, F y Mella, R. (2015): “Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud”. *Ciencia y Enfermería XXI* (3): 73-85, 2015.
- Amnistía Internacional (2019): “Comunicado de Prensa: Chile: Política deliberada para dañar a manifestantes apunta a responsabilidad de mando”. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=81502>
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla C. (2009). “*Expertise in nursing practice*”. (2da ed.) Springer Publishing Company.
- Boarini, M. L. (2020). “A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes”. *Revista Psicologia Política*, 20 (47), 21-35. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100003&lng=pt&tling=pt.
- Boric, G. (2021). “Plan de Recuperación en Salud Mental. Tejiendo cuidados en contexto de pandemia y pos pandemia”. Divulgado de 28/06/2021, no disponible en web desde octubre de 2021.
- Carrasco, A. et al. (2016). “La creación de la enfermería universitaria en Uruguay: el testimonio de las pioneras” en ALADEFE, *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería* 2016; 6 (3), 1. Madrid. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19792>
- Caula, S., & Caula, S. (2021). “Más Margulis, menos Darwin”, *The New York Times*, 8 de julio, 2021. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/es/2021/07/18/espanol/opinion/pandemia-cooperacion.html>
- CIDH (2020). “CIDH culmina visita in loco a Chile y presenta sus observaciones y recomendaciones preliminares”. Recuperado de: http://www.espacioregional.cl/wp-content/uploads/2020/02/CIDH_Visita_observaciones_y_recomendaciones_preliminares.pdf
- Dujovne, L. (1961). “La idea del hombre y de la historia en Martín Buber” en *La Biblioteca*. Tomo IV. Segunda Época. Número 5. *Revista de la Biblioteca Nacional*. Dir: Jorge Luis Borges. Ministerio de Educación y Justicia- Dirección General de Cultura. Buenos Aires.
- De Carvalho, L., Feuerwerker, L, & Merhy, E. (2007). “Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3 (3), 259-269,
- DEIS (2021). Estadísticas de defunciones por Covid. Recuperado de: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F357a72ec-43b7-4ca9-89cb-33f4818d2ab3§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false

- Donzelot, J. (1979). "La Policía de las Familias". Pre textos. 1º edición. Valencia.
- Durán de Villalobos, M. (2009). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5 (1). doi:10.5294/62
- El Kadri, M. R. et al. (org.) (2021). "Bem Viver: Saúde Mental Indígena". 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2021. 158 p.; il.; (Série Saúde & Amazônia, v.12)
- Escobar-Castellanos, B., Sanhueza-Alvarado, O. (2018). "Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión". *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7 (1), 27-42. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
- Gilligan, C. (2013). "El daño moral y la ética del cuidado". Cuadernos de la Fundació Víctor Grífoli i Lucas. Barcelona. 13.
- Giuria, G. (2018). "La salud como un todo". Entrevista a Enrique Saforcada. *Enfoques*, La Diaria. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2018/6/la-salud-como-un-todo/>
- Güida, C. et al. (2008). "El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género en el marco de la Reforma del Sector Salud – Uruguay". Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género. MSP - UNFPA.
- Gundelach, P. (2016): "Sustento ético del cuidar: de la filosofía a la disciplina". *BENESSERE - Revista de Enfermería - Vol. 1 - N° 1 - Valparaíso, Chile. Julio - diciembre 2016*. Recuperado de: https://benessere.uv.cl/images/revista/revista_n1/7_sustento_etico_del_cuidar.pdf
- Guzmán, F. (2018): "¡Madres negras tenían que ser! Maternidad, emancipación y trabajo en tiempos de cambios y transformaciones (Buenos Aires, 1800-1830)". *Tempo* 24 (3). Sep-Dec 2018. <https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2018v240303>
- Juárez, María Paula (2015): "Relación médico consultante en el primer nivel de atención en salud". Colección Salud Comunitaria. Ediciones Nuevos Tiempos. Buenos Aires.
- Lopera, J. (2014): "El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2015; 32(supl 1). Antioquia
- Medina, M. J. (2017). "La pedagogía del Cuidado". (2da ed.) Editorial Universitaria.
- Milos, P; Bórquez, B; Larraín, A. (2011): La "gestión del cuidado" en la legislación chilena (ii) estado actual. *Ciencia y enfermería*, 17 (3), 23-33. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300003>
- MINSAL (2000). "Plan Nacional de Salud Mental". Santiago de Chile.
- MINSAL (2017). "Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025". Santiago de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 18 (4/5), 2005. Santiago de Chile. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/346-358/es>
- Navarro, F., & Tromben, C. (2019). Estamos en guerra contra un enemigo poderoso, implacable": los discursos de Sebastián Piñera y la revuelta popular en Chile. *Literatura y lingüística*, (40), 295-324. <https://dx.doi.org/10.29344/0717621x.40.2083>
- Naciones Unidas (2019): Informe del Alto Comisionado sobre la Misión a Chile 30 de octubre – 22 de noviembre de 2019. Oficina del Alto Comisionado. https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report_Chile_2019_SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1950): Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Ginebra, 11- 16 de septiembre de 1950. Serie de Informes Técnicos, No. 31. Organización Mundial de la Salud, WDC.
- Osorio Castaño, J. (2016). "Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería: reflexiones conceptuales". *Revista CUIDARTE*, 7 (2), 1352-1357. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359546229013>
- Palma, I. et al. (2020). "Modos de sentir: experiencia de la vida cotidiana en pandemia". Proyecto vida en pandemia: para un aprendizaje social de impactos y respuestas a la crisis en la vida cotidiana. Estudio longitudinal sobre la vida cotidiana en la crisis del covid-19. Primeros resultados". Julio a diciembre de 2020. Santiago, Chile.
- Pérez Abarca, R., & Olate Andaur, J. (2018). Dilema ético: Enfermería y uso de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes en el Servicio Nacional de Menores. *Cultura de los cuidados*, 0 (51), 107-113. doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.12>
- Pérez, S. (2009). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey" *Revista Cubana de Enfermería*, 25 (3-4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es&tng=es
- PNUD (2021). Informe Regional de Desarrollo Humano 2021. Atrapados: alta desigualdad y bajo crecimiento en América latina y El Caribe. https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/human_development/regional-human-development-report-2021.html
- Poder Legislativo (2015). "Ley N° 19.353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)". Uruguay. https://siteal.iep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_uruguay_0471.pdf
- Ramírez-Pereira, M., Pérez Abarca, R., & Machuca- Contreras, F. (2021). "Políticas públicas de promoción de salud en el contexto de la COVID-19, en Chile. Una aproximación desde el análisis situacional". *Global Health Promotion*, 28 (1), 127–136. <https://doi.org/10.1177/1757975920978311>
- Rivera, M. S. (2003): "Teoría de la relación persona – persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería". *Revista Horizonte de la Enfermería*. 14, 95 – 111. Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. <http://www.redae.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12122/10948>
- Rojas, C. (2018). Afecto y cuidado: pilar de la política social neoliberal. *Polis, Revista Latinoamericana*, 127-149.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia* 37, 7-22.
- Scavonne, L. (2005). O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela, W., & Monteiro, S. (org.). *Gênero e Saúde*. Programa Saúde da Família em questão - ABRASCO - UNFPA.

Schwarz, P. (2020). "El autocuidado: Una interpelación al abordaje individual de la pandemia". En: Schwarz, P. K. N. et al. Familias, géneros, diversidades y luchas antipatriarcales: Construyendo una agenda feminista de la ciudadanía frente al desafío de la pandemia. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 8-16.

Schonhaut, L., Salinas, P. (2014). "El lactario del Hospital Manuel Arriarán. Dos años de funcionamiento". Revista Chilena de Pediatría, Santiago de Chile, 85 (5).

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000500015

Servicio Andaluz de Salud (2010). Desarrollo de programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía, documento marco. <https://consaludmental.org/publicaciones/TratamientoasertivocomunitarioAndalucia.pdf>

Silva, M. (2020). "Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica". En BENESEERE - Revista de Enfermería, Valparaíso, Chile, 5 (1).

Terenzi, C., Merhy, E., Staevie, R., Slomp, H. (2016). "La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil". Salud Colectiva, 12 (1), 113-123. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.

Universidad de Chile (2020). "Salud Mental en Situación de Pandemia. Documento para Mesa social COVID 19". https://www.uchile.cl/documentos/salud-mental-en-situacion-de-pandemia-documento-para-mesa-social-covid-19-descargar_163020_0_5052.pdf

Vera, R. (1999). "Promoción de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud. La educación comunitaria de resonancia y la creación de espacios de aprendizaje y de ayuda mutua para el autocuidado de la SSR". Working Papers Series CST/ LAC NO. 27. En el marco del VII Seminario Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. "La Atención Primaria para Garantizar Salud Para Todos en el siglo XXI". La Habana, Cuba.

Vázquez, V. (2013). "Martin Buber y sus aportaciones a la manera actual de entender la educación para el cuidado". Educació i Història: Revista d'Història de l'Educació. 21, 143-158. Societat d'Història de l'Educació dels Països de Llengua Catalana. Valencia. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4651063.pdf>



Fotografía: Irlanda Libertad Mendoza

La Salud Pública y su más grande problema, la Enfermedad Pública

Enrique Saforcada

Occidente se ha fabricado un gran dilema que se fue acrecentando y haciéndose cada vez más visible como el haz de luz de una linterna en una noche de neblina. El foco de la linterna, de tamaño pequeño, se ubica al final del siglo XV y comienzos del XVI. La inmensa área abarcada por el haz de luz, ya distanciado de su fuente por algo más de cuatrocientos años, abarca un área inmensa que cubre a casi toda la humanidad e involucra una cantidad inconmensurable de problemas de salud graves y de muerte.

Dos cuestiones fundamentales han sido los motores de este progresivo daño a la humanidad:

- PRIMERA CUESTIÓN: Todos los saberes y prácticas de salud, diferenciados como una subcultura que genera roles también diferenciados y específicamente dedicados a la tarea de atender los emergentes positivos y negativos del proceso de salud, han sido higienistas, o sea, han priorizado la tarea de mantener sana a la gente sana y accesoriamente comprender y tratar de curar la enfermedad. Todos lo siguen siendo, salvo los de Occidente –denominados *medicina* en esta región– que, en la misma época señalada para ubicar el análogo foco de la linterna, pasaron de ser higienistas a patogenistas.
- SEGUNDA CUESTIÓN: Aproximadamente, en el mismo cambio de siglos –fines del XV comienzos del XVI–, comenzó a desarrollarse el principal determinante de la organización de las sociedades-estado de Occidente: el capitalismo. Este sistema socio-económico tiene dos poderosos soportes: poder y riqueza material. En general, ambos se retroalimentan generando una espiral.
- Hay un vínculo muy significativo entre estas dos cuestiones –la medicina y el capitalismo–: el poder. Al respecto es significativo concatenar ciertos hitos históricos:

- Cabalgando entre los siglos XV y XVI actúan aquellas figuras paradigmáticas de la medicina, como Paracelso (T.P.A.B. von Hohenheim 1493-1541) o G. Fracastoro (1478-1553), que impulsaron el giro copernicano que hizo pasar del higienismo proto-ecológico al patogenismo clínico-reduccionista;
- Este proceso coincidió con la pérdida progresiva de poder del cristianismo, como controlador de la sociedad, durante todo el transcurso del siglo XV;
- En el transcurso del siglo XVI comienza el progresivo avance del poder de la medicina que, en algo menos de un siglo, hace evidente su capacidad de control social. Esto lleva a la rápida medicalización de las sociedades occidentales desde el siglo XVIII en adelante y a una verdadera explosión expansiva en el siglo XX, sobre todo en su segunda mitad, y ni hablar en lo que va del XXI. La pandemia de covid-19 ha puesto en evidencia su elocuente demostración, no solo del poder del control médico de las sociedades sino de la profundidad y extensión del inmenso poder que involucra, ahora ya no solo ideológico sino económico y político.
- Otro asunto importante a señalar, porque presagia el papel de la medicina a futuro, es lo que se vincula con la creciente agresividad y deshumanización de esta disciplina en Occidente desde la antigua medicina griega (IV a.e.c.) a la medicina de la Edad Moderna (siglos XV al XVIII) y la de la Edad Contemporánea (siglos XIX al XXI).

Asombra la pertinacia con la que mantuvo prácticas, carentes hasta de sentido común, que llevaron a personas sanas y enfermas a enfermar o agravar su condición y a la muerte. A veces, aún en contra de demostraciones palmarias del error de lo que se practicaba y el acierto de quien intentaba evitar el daño.

Uno de los casos más evidentes fue el relacionado con la fiebre puerperal en el Hospital General de Viena (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien) en el que se dio una lucha, librada alrededor de mediados del siglo XIX, por parte de Ignaz Semmelweis y los médicos Johann Klein –Profesor de Obstetricia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena y Jefe de la Clínica de

Maternidad de este hospital– y su sucesor Carl Braun. Como señala Ocatvio Martínez (2014): “Los datos tabulados y analizados por Semmelweis fueron desechados por sus contradictores, quienes respondían a una larga tradición de dogmas no cuestionados, rehusando aceptar la evidencia experimental que no se ajustaba con sus prejuicios” (pp. 90-91)¹⁸.

Tardíamente se reconocieron los méritos y la rigurosidad de Semmelweis para demostrar sus verdades, hasta Luis Pasteur lo hizo público en 1879 (Miranda & Navarrete, 2008).

Es muy significativa, para el aspecto central de este capítulo, transcribir un párrafo de la carta abierta que les dirige Semmelweis a los profesores de obstetricia, en 1862, donde les dice:

Me habría gustado mucho que mi descubrimiento fuese de orden físico, porque se explique la luz como se explique, no por eso deja de alumbrar, en nada depende de los físicos. Mi descubrimiento, ¡ay!, depende de los tocólogos. Y con esto ya está todo dicho... ¡Asesinos! Llamo yo a todos los que se oponen a las normas que he prescrito para evitar la fiebre puerperal. Contra ellos, me levanto como resuelto adversario, tal como debe uno alzarse contra los partidarios de un crimen. Para mí, no hay otra forma de tratarles que como asesinos. ¡Y todos los que tengan el corazón en su sitio pensarán como yo! No es necesario cerrar las salas de maternidad para que cesen los desastres que deploramos, sino que conviene echar a los tocólogos, ya que son ellos los que se comportan como auténticas epidemias... (Muci-Mendoza, 2010, pp. 320-321).

Algunos de sus colegas, mayores en edad, lo apoyaron, entre ellos Josef Skoda y Ferdinand R. von Hebra. Como señalan Bocó y Bulanikian (2007):

¹⁸ Quien escribe este artículo quiere dejar constancia de que no coincide para nada con lo que el autor –O. Martínez–, más adelante, afirma en el artículo citado en cuanto a que Semmelweis no fue apoyado por figuras destacadas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena, como Skoda o Hebra, y esto no es así, tal como lo consigna Rita Bocó y Gisela Bulanikian (2007). El nihilismo terapéutico no era una posición esgrimida por Skoda, Hebra o Rokitsansky, profesores de esta facultad, era el calificativo con el cual se los atacaba por al conocimiento que tenían y que hacían público y lo aplicaban con sus pacientes en cuanto a que la medicina prácticamente carecía de conocimientos y recursos técnicos terapéuticos, y que los que se usaban en la época –sangrías, ventosas simples y escarificadas, etc.– no servían para nada; por el contrario, algunos, como las sangrías, eran sumamente negativos para la salud provocando el agravamiento de las enfermedades y, frecuentemente, conduciendo a la muerte a quienes así eran tratados. Para estos médicos vieneses la responsabilidad médica estaba en lograr que la gente sana no enfermara y si a pesar de todo enfermaban poco más había que acompañarlos humanamente poniendo las esperanzas en la antigua y eficaz *vis medicatrix naturae* de la antigua medicina hipocrática.

Sus amigos comienzan su defensa en otro ámbito, es decir, en la Academia de Ciencias. Allí Skoda envía una nota exponiendo los resultados favorables obtenidos por Semmelweis en un experimento sobre la infección de la fiebre puerperal en animales. Hebra declara en la Sociedad Médica de Viena: “que el descubrimiento de Semmelweis presenta interés para el porvenir de la cirugía y la obstetricia”, por lo que solicita que se forme una comisión para analizar los resultados de sus investigaciones. Sin embargo, el Ministro la prohíbe y ordena que Semmelweis abandone Viena (p. 329).

Y Hebra, como consigna Muci-Mendoza (Op. cit., p. 321), escribió: “Cuando se haga la historia de los errores humanos, se encontrarán difícilmente ejemplos de esta clase y provocará asombro que hombres tan competentes, tan especializados, pudiesen, en su propia ciencia, ser tan ciegos y tan estúpidos”.

Del otro lado del Océano Atlántico, en Estados Unidos de Norteamérica se daba una disputa similar:

Casi en paralelo, pero sin la evidencia encontrada por Semmelweis, la disputa se repetía en Norteamérica. Un joven médico, Oliver Wendell Holmes, revisó lo publicado hasta la fecha sobre la fiebre puerperal y concluyó que era evidente su carácter contagioso mediado por los médicos. No discutió el modo de transmisión pero propuso como medida profiláctica el abstenerse de participar en necropsias antes de un parto. Sus ponencias, que luego sistematizaría en *The contagiousness of puerperal fever* (16), desataron una polémica con Charles Delucena Meiggs, profesor de obstetricia en el Jefferson’s Medical College de Filadelfia, quien por su parte publicó en 1851 su obra *Woman her diseases and remedies*. Meiggs alude al honor y el altruismo de los médicos e intenta rebatir las ideas de Holmes, descalificándolo por su juventud en una posición claramente defensiva, mientras que su adversario convencido de la contagiosidad alude a “pestes particulares” ocasionadas por los médicos, que serán consideradas crímenes (Salaverry García, 2013, p. 516).

Al comienzo de estos episodios dramáticos de la medicina occidental el problema involucrado en las disputas tanto entre Semmelweis y Klein como

entre Holmes y Delucena Meiggs implicó una cuestión de iatrogenia negativa institucional. Pero cuando la autoridad política del Estado austríaco prohíbe que se forme una comisión para investigar el problema, a la vez que ordena que Semmelweis abandone Viena, lo que era iatrogenia negativa se transforma en enfermedad pública, cayendo la carga de la culpa sobre los hombros del Estado.

El médico social Howar Waitzkin, Profesor Emérito Distinguido del departamento de Sociología de la Universidad de Nuevo México y Profesor Adjunto del Departamento de Medicina de la Universidad de Illinois, que actualmente ejerce como médico rural en Illinois, escribe, refiriéndose a Rudolf Virchow:

Para esta investigación [se refiere a las epidemias de tifus exantemático en la Alta Silesia en 1848 y a epidemias de tuberculosis y cólera en Berlín en el siglo XIX], Virchow argumentaba que los defectos de la sociedad formaban una condición necesaria para la aparición de epidemias. Virchow clasificaba algunas entidades morbosas como “enfermedades de masas” o “enfermedades artificiales”; que incluían tifus, escorbuto, tuberculosis, lepra, cólera, fiebre recurrente, y algunas enfermedades mentales. De acuerdo con este análisis, las condiciones sociales inadecuadas incrementaban la susceptibilidad de la población frente al clima, agentes infecciosos, y otros factores causales específicos ninguno de los cuales, por sí sólo, era suficiente para producir una epidemia. Para la prevención y erradicación de epidemias el cambio social era tan importante como la intervención médica y más aún: “el progreso de la medicina debiera eventualmente prolongar la vida humana, pero la mejoría de las condiciones sociales podría obtener este resultado con mayor éxito y rapidez.” (Waitzkin, 2006, p. 6-7).

El concepto de *enfermedades artificiales*, en sus formas epidémicas, que acuñó Virchow en el pasado es el que dio origen al de *enfermedad pública* (Saforcada & Moreira Alves, 2014) del presente, que engloba también a la enfermedad individuada –por ejemplo, el cáncer que generan algunos agroquímicos no se presenta en forma de epidemias sino solo en una persona o miembros de una familia o, a lo más, en un aumento inusitado de mortalidad por esta dolencia en un área geográfica muy circunscripta. Este señalamiento y reflexión se formula para que se tenga en cuenta que la enfermedad pública no es un fenómeno generado por el neoliberalismo, sino que viene de antiguo, tan

antiguo como el inicio y desarrollo del capitalismo (para algunos historiadores en el siglo XVI, para otros en el XVII).

En este último artículo de 2014 se caracterizó este concepto manifestando lo siguiente:

El concepto de enfermedad pública involucra a toda la morbilidad humana que los poderes del Estado podrían evitar poniendo en juego los recursos (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etc.) de que disponen en el momento o período histórico de que se trate pero que, no obstante, no impiden o se desentienden de hacerlo o protegen a quienes o quien las generan (p. 24).

Falta en esta definición agregar que esa morbilidad puede ser de manifestación inmediata, mediata (meses) o en el largo (años) o muy largo plazo (décadas). Esto es de mucha relevancia tanto en cuanto a la responsabilidad de quien o quienes generan enfermedad pública como a la protección de los derechos humanos de las personas damnificadas. Los daños a estos derechos, desde el punto de vista de la justicia penal local e internacional, deberían ser imprescriptibles por ser de lesa humanidad.

Wikipedia (“Crimen de lesa humanidad”, 2021) define el concepto de lesa humanidad del siguiente modo:

Se consideran crímenes de lesa humanidad —o contra la humanidad— aquellos delitos especialmente atroces y de carácter inhumano, que forman parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil, cometidos para aplicar las políticas de un Estado o una organización.

La tipificación de estos crímenes no depende del número de personas fallecidas. Valen como ejemplos los crímenes cometidos en Perú entre 1991 y 1992 en las masacres de Barrios Altos, de La Cantuta, del Santa, nuevamente de La Cantuta y de Pedro Yauri en que las personas damnificadas fueron, respectivamente, 15, 10, 9, 6 y 1 (“Crimen de lesa humanidad”, 2021). La naturaleza del delito reside en un fin, deleznable por el método usado para lograrlo, que es satisfecho atentando contra la humanidad representada por muchísimas, muchas,

pocas o solo una persona. En los ejemplos citados el fin era político, sobre los que se está reflexionando en este escrito el fin es el lucro, la preservación del prestigio y la honorabilidad y/o el poder.

Ámbitos en que se genera la enfermedad pública

Es de la mayor importancia detectar, diferencialmente de acuerdo a su naturaleza y/o características, los ámbitos o espacios en que se genera la enfermedad pública. Esta es una tarea que debe desarrollarse en base a metodología científica rigurosa y de reflexión contrastada entre personas conocedoras de los temas y hechos en cuestión.

No obstante, no habiéndose desarrollado tal tipo de trabajo es importante comenzar por proponer, basándose en el sentido común y la observación atenta de la realidad, sus dinámicas y manifestaciones, conjuntamente con el análisis crítico de información científica o periodística rigurosa, sobre todo de la prensa escrita, sobre enfermedades y otros daños a la salud humana acaecidos en la actualidad o en el siglo pasado, sobre todo con posterioridad al final de la segunda guerra mundial.

En un artículo ya citado en este escrito (Saforcada & Moreira Alves, 2014) se esbozó una categorización y enumeración de estos espacios, llegando a catorce grandes espacios o ámbitos de *patogénesis pública*, ahondando un poco en lo que cada uno de ellos implica. A continuación, solo se enumera estos espacios:

1. La salud (los sistemas de servicios de salud, suplementos y programas de salud de los medios de comunicación de masas – escritos, radiales y televisivos–, las instituciones académicas de formación, investigación y extensión de los profesionales y técnicos de las ciencias de la salud etc.).
2. El de la pobreza y sus muy distintas formas de manifestación o características constitutivas (actores sociales que participan en la generación de la pobreza y los procesos de exclusión junto a las sistémicamente inseparables estrategias y formas de supervivencia desarrolladas por las personas, familias y comunidades llevadas a la pobreza por acción u omisión de los poderes del Estado y ciertos poderes fácticos implicados en la lucha por la desigualdad).

3. El de la ingesta e inhalación de productos y sustancias (alimentos, bebidas y sustancias adictivas legales).
4. El de los ambientes habitacionales y sus servicios públicos (en síntesis, y en forma más global, el hábitat familiar).
5. El de los ambientes urbanos y peri-urbanos, generales y barriales (transitabilidad, contaminación ambiental – visual, sonora, química, radiaciones etc.–, iluminación, etc.).
6. El de la movilidad humana (el tránsito peatonal y vehicular estándar, personal y familiar, y de transporte de pasajeros, animales y cargas).
7. El de la seguridad frente al delito y la protesta social.
8. El de la seguridad vinculada con la soberanía nacional.
9. El de las actividades laborales legales e ilegales (de servicios, producción industrial, producción de insumos para las fuerzas armadas, trabajo infantil, etc.).
10. El del empleo del tiempo de ocio (ámbitos e instituciones de esparcimiento como lugares de baile, clubes nocturnos, clubes y campos de deportes, pistas de esquí, puentismo – en inglés *bungee jumping* –, etc.).
11. El del desarrollo tecnológico y la producción de insumos para la fabricación de productos de consumo masivo y selectivo.
12. El de la actividad mercadotécnica y publicitaria.
13. El de los desastres artificiales (como las epidemias artificiales de las que hablaba Virchow –la actual pandemia de covid-19 es un ejemplo paradigmático de este tipo de problema– o muchos de los desastres meteorológicos generados o incrementados en su efecto destructivo por los cambios climáticos etc.).
14. El gubernamental de vinculación o no-vinculación de las áreas de salud, educación, desarrollo social y cultura (frecuentemente, los ministerios y secretarías de los gobiernos de las distintas jurisdicciones se comportan como compartimentos estancos o con muy escasa interacción o integración intersectorial. Mantener estas cuatro áreas de gobierno separadas o con marcadas falencias en cuanto a su comunicación y su accionar mancomunado y bien coordinado implica

generar daño o posibilitar, por omisión, el surgimiento de problemas de salud o enfermedades o carencias en el desarrollo humano integral o la adopción de estilos de vida malsanos).

Se tendrá que pensar si incluir en algunos de estos espacios o generar uno específico en el que se incluya lo referente al tema de los entornos de la infancia y los videojuegos. Según publicación del periódico español Sur, en su edición del 6 de enero de 2020, China ha dispuesto limitar el tiempo en que las niñas y los niños pueden jugar con videojuegos fijándolo en noventa minutos los días hábiles y en tres horas los fines de semana, estando anulado su empleo de las 22 horas a las 08 horas del día siguiente; estas medidas se tomaron en función de investigaciones sobre el efecto que tenían el uso excesivo de videojuegos en el desarrollo cerebral durante la infancia. Estos estudios llevaron al gobierno a obligar a las empresas que fabrican estos videojuegos a que en su diseño esté integrada la identificación del usuario o usuaria y el control e impedimento de su uso diario más allá de los lapsos antes indicados.

Este listado, puesto en consideración de las lectoras y lectores de este capítulo, debe ser tomado como un borrador en limpio que pretende promover el interés en la reflexión y, sobre todo, la investigación sobre este tema apelando a información epidemiológica existente y a nueva investigación o a análisis secundarios de datos, como así también recurrir a información periodística.

¿Qué hacer?

El tema de la enfermedad pública es de extrema seriedad porque si bien no hay información rigurosa sobre su dimensión y diversificación es razonable pensar que, de la carga de morbimortalidad que soportan los países, no menos de dos tercios de la misma es enfermedad pública. Esto debe ser traducido a sufrimiento, disfuncionalidad familiar y social, daño al desarrollo nacional integral y daño presupuestario pues este tipo de enfermedades, totalmente evitables, genera una inversión de recursos económicos muy significativa que podría ser destinada a otras áreas prioritarias como educación, vivienda, obra pública, etcétera.

Las actividades, y/o sus productos o consecuencias, implicadas en cada uno de los catorce espacios de posible génesis de enfermedad pública están

sujetas, en acto o en potencia, al orden jurídico del país. Dicho de otro modo, al conjunto de normas emanadas, en buena parte, del Poder Legislativo que regula el funcionamiento social, involucrando por lo tanto la Constitución, los tratados internacionales, las leyes, los decretos reglamentarios, otras normas provenientes de autoridad competente, las decisiones judiciales y administrativas de entidades autárquicas, las resoluciones ministeriales y las ordenanzas municipales. Hay que tener en cuenta que, cuando se trata de Estados Federales, el orden jurídico se expande para incluir también las constituciones y leyes provinciales o estatales y los tratados interprovinciales o interestatales.

Este cúmulo de elementos normativos es el que regula la dinámica de la sociedad en función del principio de permisión que dice que lo que las leyes no prohíben está permitido, a cuyas expensas emerge aquello de que los poderes del Estado facilitan o impiden comportamientos o acciones tanto por acción como por omisión.

Este camino institucional y republicano para luchar contra la enfermedad pública es una vía posible, que inclusive se ha intentado y se afronta con respecto, por ejemplo, a los agroquímicos. El resultado es desalentador.

Hace casi una década, el psiquiatra y especialista en Salud Pública y Políticas de Salud, también diputado por Guadalajara del Partido Socialista Español (PSOE), Fernando Lamata (2012), publicó en el periódico semanal Guada News (edición del 25 de enero de 2012) una nota que tituló “Parábola de los productos tóxicos” dentro de la cual expone la alegoría enunciada en el título y que dice lo siguiente:

Un grupo de sociedades anónimas decidió contaminar la red de agua potable de las ciudades europeas con un producto que daba mal sabor al agua. Este producto había sido analizado por unos laboratorios de calificación, y dijeron que era bueno. Al mismo tiempo, las mismas sociedades contaminantes, pusieron a la venta un producto que mejoraba el sabor del agua. Con la venta de ese producto, ganaron cantidades ingentes de dinero.

Al cabo de los meses, empezaron a aparecer casos de personas con gastroenteritis hemorrágica, porque el producto que daba mal sabor al agua era tóxico. Algunas personas se pusieron muy enfermas. Los enfermos iban a los centros de salud y a los hospitales, y recibían

atención y medicinas para curar la gastroenteritis. Al cabo de unos meses los pacientes fueron miles, y acudían a los centros sanitarios cada vez más.

Los inspectores de salud pública llegaron a la conclusión de que el producto tóxico citado era la causa de la enfermedad, y la policía descubrió a las empresas que estaban intoxicando la red de agua potable y los mecanismos que utilizaban. Lo comunicaron a las autoridades competentes.

Como seguían llegando muchos pacientes, los costes sanitarios aumentaron.

Las autoridades recomendaron a las entidades que estaban intoxicando el agua que no lo hicieran, y comenzaron a estudiar medidas para evitarlo.

Desde el inicio de la crisis han pasado cinco años, y las sociedades contaminantes siguen vertiendo el producto tóxico a la red y siguen ganando mucho dinero. Los laboratorios de calificación han elaborado un informe detallado, en el que demuestran que los centros sanitarios públicos gastan demasiado y tienen que recortar. En todo caso, recomiendan que el que quiera atención médica se la pague de su bolsillo.

Las autoridades están de acuerdo: hay que sancionar a los centros sanitarios y a los pacientes que utilicen los servicios en exceso, para evitar el riesgo de colapso. Mientras tanto, seguirán estudiando las medidas para evitar los vertidos tóxicos.

Esta metáfora continuada del doctor Lamata se ajusta bastante a la realidad y convierte en quimérica la vía republicana por la cual las sociedades y las comunidades podrían defenderse –si las democracias no estuviera tan maltrechas– ante la injuria de la enfermedad pública y quienes la generan. Cabe así preguntarse ¿qué hacer entonces? La respuesta plantea un camino que, el autor de este capítulo, considera que el único posible en la actualidad. Por esta vía se pueden cambiar múltiples cuestiones negativas que hacen a la Salud Pública y a las profesiones que le dan vida cotidiana: de abajo hacia arriba, desde las bases

de la sociedad hacia los niveles superiores del poder. Esta vía tiene, también a su juicio, tres alternativas centradas en la voluntad y actividad de las comunidades y la sociedad toda:

- a. trabajar en la concienciación de las poblaciones y las comunidades con respecto a la enfermedad pública –con un enfoque de salud territorial, primer nivel de atención y verdadera APS (Molina Jaramillo, 2018; Borde & Torres-Tovar, 2017; Rajmil, 2011; Iñiguez Rojas, 2008)– para que se encause políticamente la presión necesaria a fin que los reclamos sean escuchados por las instancias adecuadas de los poderes del Estado de modo que tomen en cuenta las enfermedades públicas y procedan en sus competencias para proteger a la sociedad y penalizar a quienes sean responsables de generarlas;
- b. Teniendo en cuenta que la mujer es naturalmente la agente de salud familiar en todas las sociedades, al menos de Occidente, tomar en sus manos –la de los movimientos feministas– la lucha para lograr que los juristas y legisladores tipifiquen las enfermedades públicas como crímenes de lesa humanidad de modo que no prescriban con el paso de los meses o los años dado que en muchos casos los daños se manifiestan diferidos en el tiempo –daños en ciclos fetales que se hacen evidentes una vez que nace la criatura o tiempo después de haber nacido o saltando generacionalmente. Todavía en Vietnam nacen criaturas con malformaciones generadas por la enfermedad pública provocada intencionalmente por las fuerzas armadas de Estados Unidos de Norteamérica (Lechiguero Pardo, 2005; Ecocidio, 2021). De este modo se lograría habilitar la persecución judicial nacional e internacional de los responsables de estos delitos –personas o empresas o instituciones militares o de seguridad, etc.– y que sean castigados, al igual que los funcionarios responsables de su permisión, por acción u omisión, por parte de los poderes del Estado –ejecutivo, legislativo o judicial.
- c. Esta lucha debe tender a lograr que el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma, 2021) –en el caso de Argentina, sancionado con fuerza de Ley por el Congreso de la

Nación en noviembre de 2000 (Ley 25.390, 2020)–, en su Artículo 7, “Crímenes de lesa humanidad”, agregue a los once tipos actuales de actos tipificados como tales, un doceavo acto: *generar enfermedad pública*.

- d. También habría que propender a que los movimientos juveniles tomen este tema en sus manos porque se trata de su futuro y el de su descendencia.

Una última sugerencia: tal vez sea el momento de comenzar a organizar, para cuando la pandemia de covid-19 haya finalizado y en homenaje a las personas fallecidas por esta enfermedad pública, un evento regional –simposio, jornada o congreso– convocando a trabajar sobre esta cuestión de la patogénesis pública.

Referencias

- Bocó, R., & Bulanikian, G. (2007). “Caso Semmelweis: al filo del paradigma médico moderno”. *Mediações, Londrina*, 12 (1), pp. 323-342.
- Borde, E. & Torres-Tovar, M. (2017). “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*, 41 (esp.), pp. 264-275.
- Crimen lesa humanidad. (2021). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Crimen_de_lesa_humanidad&oldid=137402539
- Ecocidio. (2021). En Wikipedia. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ecocidio&oldid=136857279>
- Estatuto de Roma. (2021). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estatuto_de_Roma&oldid=137077182
- Iñiguez Rojas, L. (2008). Territorio y contextos en la salud de la población. *Rev Cubana Salud Pública*, 34 (1).
- Lechiguero Pardo, L. (2005). Las víctimas actuales del Agente Naranja. Cruz Roja Española. http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/SITE_CRE/PAGINAS/AGENTE_NARANJA.PDF
- Ley 25.390 (2000). Ley 25.390. Apruébase el Estatuto de Roma, adoptado el 17 de julio de 1998. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/65899/norma.htm>
- Martínez, O. (2014). La ofensiva de Ignaz Semmelweis contra los miasmas ineluctables y el nihilismo terapéutico. *Acta Médica Colombiana*, 39 (1).
- Miranda, C., M. & Navarrete, T. L. (2008). Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil Infect*, 25 (1), pp. 54-57.
- Molina Jaramillo, A. N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad. Saúde Pública*, 34 (1), pp. 1-13.
- Muci-Mendoza, R. (2010). Semmelweis: de médicos, estetoscopios, corbatas y otros atuendos. *Gac Méd Caracas*, 118 (4), pp. 317-325.
- Rajmil, J. (2011). Enseñanzas de Bárbara Starfield. *An Pediatr*, 75 (4), pp. 229-231.
- Saforcada, E. & Moreira Alves, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*, 5 (1), pp. 022-037. https://www.researchgate.net/publication/311162831_La_enfermedad_publica
- Salaverry García, O. (2013). Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30 (3), pp. 512-517.
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1 (1), pp. 5-10.

El Covid-19 como una pandemia analítica Dispositivo del mundo, salud y la vida contemporánea¹⁹

Túlio Batista Franco
Profesor. Dr. de la Universidad Federal Fluminense



Fotografía: Irlanda Libertad Mendoza

Introducción

Este texto parte de algunos de los temas que se discutieron en el “III Desayuno Latinoamericano de Sociocuidado” promovido por la Universidad de Chile, Departamento de Enfermería el 26 de septiembre de 2020, y los avances en el análisis de la pandemia Covid-19. Partimos del concepto de dispositivo de Deleuze (1990), que utilizamos como herramienta analizadora para mirar aquello que la pandemia nos dice sobre el funcionamiento de la sociedad, la producción de la vida y las características de la atención sanitaria en los tiempos modernos. Buscamos líneas de visibilidad con las que la pandemia juega con la realidad, para comprender las fuerzas en juego que produjeron una crisis sanitaria y social de esta magnitud.

Introducimos nuestra discusión pensando en el trabajo, porque en ella reside el poder de transformar la realidad, a partir de la fuerza que tienen los trabajadores como movimiento y posibilidad de construcción ética, estética y política del cuidado. Siempre que hablamos del cuidado, tomamos como central el concepto de que el trabajo en salud se centra en el trabajo vivo en acción (Merhy, 2002), es decir, el trabajo en su momento exacto de creación. Esto supone que el atributo principal del proceso de trabajo es la libertad, de la que disfruta el trabajador cuando se encuentra con los usuarios y otros trabajadores. Esto nos pone en contacto con la idea de que el trabajo en salud, analizado desde la perspectiva de su micropolítica, es autogestionado, es decir, el trabajador tiene un gran autogobierno en su proceso de trabajo. Controlan las microdecisiones clínicas, la

¹⁹ Escrito originalmente en portugués, este texto foi traduzido para o espanhol pelo autor, e revisado por Federico Villegas Cardona.

recepción del problema de salud, los flujos asistenciales, y tienen la posibilidad de construir redes por las que los usuarios pasan por los servicios, buscando satisfacer sus necesidades.

La pandemia Covid-19 es un evento inesperado de gran magnitud y potencialmente mortal, que pone en tensión los sistemas de salud mundiales. Liberando una gran energía de destrucción, el nuevo coronavirus ocupa el planeta en pocos meses, y comienza a cuestionar el proyecto civilizador que nos ha traído hasta nuestros días, y que se basa en el desarrollo hegemónico de las sociedades a través del capitalismo, y su infinito proceso de acumulación de riqueza. Este proceso no obedece límites, y agrede de manera insana la naturaleza y las relaciones humanas. El escenario que se presenta con la Pandemia cuestiona la forma de vida, el ritmo de la economía, la organización de los servicios de salud, en definitiva, la posibilidad de vivir y también morir de una enfermedad respiratoria aguda grave.

La gente comienza a preguntarse sobre el origen de la enfermedad Covid-19 y el virus Sars-Cov-2, para finalmente comprender dónde surge tal amenaza para la humanidad. Comprender su genealogía es parte del esfuerzo por pensar en las posibilidades de una salida a esta crisis planetaria. La pandemia se produce al mismo tiempo que se produce una importante crisis medioambiental, que tiene su origen en el calentamiento global y el cambio climático del planeta. Otro vector de interferencia en la crisis actual proviene de la conocida ola de negación de la ciencia, asociada al movimiento anti-vacunas, que son particularmente dañinos para los esfuerzos de contención de Covid-19.

Un primer examen de cómo comenzó la pandemia, las evidencias nos llevan a concluir que se trata de una producción humana. Inicialmente, un virus que vivió millones de años en la naturaleza inicia la interacción con los humanos, lo que supuestamente se debe al efecto de “transbordamiento”, cuando pasa de una especie silvestre a una especie humana. Esto ocurre por la destrucción de la naturaleza y el desequilibrio ambiental, producido por actividades depredadoras, extractivas, que burlan la necesaria protección de los recursos naturales, junto con el modo de producción y acumulación de riqueza. La combinación de estos factores desencadena la mayor crisis planetaria del último siglo .

La pandemia colocó en el centro del debate sobre la preservación de la vida en la tierra, el tema de la preservación de la naturaleza, la incapacidad del

sistema capitalista y neoliberal para defender la vida, los valores humanitarios basados en la solidaridad y la necesaria reestructuración productiva de los sistemas de salud, volcados a mayor centralidad de servicios de referencia territorial.

La salud deja de ser una política sectorial y empieza a traer consigo todas las cuestiones que influyen en la producción de vida en su conjunto. El gran desafío ha sido pensar en la construcción de un futuro pospandémico, que debería comenzar ahora. Eso es lo que nos desafía. Esta construcción debe tener lugar fuera de los parámetros de la sociedad actual, ya que fue lo que produjo la situación actual. El futuro debe nacer como algo genuinamente nuevo, que presupone otro proyecto ético, estético y político para la protección de la vida.

La pandemia como un dispositivo

La pandemia es un momento de gran aprendizaje sobre el nuevo virus, su comportamiento, transmisibilidad, enfermedad Covid-19, vulnerabilidad de la población y mucho más. “A Cruel Pedagogia do Virus” es el título del libro de Sousa Santos (2020), quien propone prudencia antes de emitir opiniones apresuradas sobre la nueva situación de salud que surgió con la pandemia. Sugiere que revisemos las experiencias de las comunidades con el virus, sus formas de autodefensa y autoprotección, para entonces aprender de ellas y luego formarnos nuestras opiniones. El conocimiento de la experiencia en este caso se asocia de forma simétrica con los ya consolidados. La experiencia de la pandemia nos deja alertas y abiertos a lo insólito, dadas las novedades que nos impone el nuevo coronavirus.

El escenario de grave amenaza a la vida provocado por la pandemia reveló y sigue revelando mucho sobre la producción de vida en la sociedad, sus interacciones con la naturaleza, el sistema económico y la forma en que se producen las redes de atención de salud. En este sentido, la pandemia es un dispositivo, como nos dice Deleuze (1990), que arroja luz sobre la vida cotidiana y revela de manera clara y en ocasiones cruel el funcionamiento de la sociedad, la producción del mundo. Según el autor:

Las dos primeras dimensiones de un dispositivo, o las que primero destaca Foucault, son las curvas de visibilidad y las curvas de enunciación. [...] En tercer lugar, un dispositivo contiene líneas de fuerza. Se podría decir

que van de un punto singular a otro, en las líneas de luz y en las líneas de enunciación; [...] actúan como flechas que no dejan de entrecruzar cosas y palabras, sin por ello dejar de liderar la batalla. [...] Finalmente, Foucault descubre las líneas de subjetivación”. (Deleuze, 1990, pp. 1-2).

Como puede observarse, según el autor, el dispositivo tiene cuatro dimensiones, a través de las cuales es posible analizar el contexto en el que vivimos. Considerando que la pandemia es nuestro dispositivo de análisis de la realidad social, su primera dimensión concierne a la **visibilidad** del escenario social y de salud, con capacidad de revelar los vectores que actuaron en el ámbito social, para la producción de crisis pandémica.

Hace visible lo que no se ve en la vida cotidiana, las sutiles líneas, por ejemplo, de la destrucción de la naturaleza, los movimientos micropolíticos del capital en la actividad depredadora de los recursos naturales, que activa una bomba de tiempo sobre el clima que podría estallar en el futuro cercano. El agenciamiento de la economía neoliberal, la codicia global, pone en gran peligro al conjunto de civilizaciones que habitan el planeta. El estado racista, el funcionamiento de los sistemas de salud, son temas que deben cobrar visibilidad a partir de la pandemia, es decir, arrojarán luz sobre la forma en que la sociedad actúa en defensa de la vida.

Una segunda línea del dispositivo es la **enunciación**, que supone dar expresión a los hechos, trayendo al escenario del análisis los organismos colectivos que actúan en la sociedad produciendo el contexto de la pandemia. Unido a la visibilidad que la pandemia revela sobre el funcionamiento actual de la sociedad, el enunciado como otra dimensión del dispositivo “Pandemia”, se expresa mediante una secuencia lingüística que da sentido al evento, revela sus contornos y posibilita la producción de las propuestas y acciones que hablan de la pandemia en sí.

La tercera dimensión propuesta aborda las **líneas de fuerza**, que operan a través de instituciones, organizaciones, grupos, personas, produciendo escenarios marcados por relaciones sociales y políticas, disputas por proyectos y poder. El juego social permanente marcado por el protagonismo de todos en el escenario social, como las fuerzas del mercado y su acción en la pandemia, choca con las líneas de defensa de la vida que proponen medidas restrictivas de la actividad económica como forma de evitar el hacinamiento de personas,

lo que facilitaría la propagación del virus. O, de la misma manera, podemos pensar en las fuerzas de negación de la ciencia que luchan contra las medidas de protección contra el nuevo coronavirus, o incluso en ideas contra las vacunas que operan como líneas de fuerza sobre los dispositivos de prevención de enfermedades de Covid-19.

La cuarta dimensión se refiere a **procesos subjetivos**, un efecto que se produce en los cuerpos a partir de lo experimentado y vivido en la pandemia. El encuentro con el virus afecta y modifica la forma en que cada persona percibe y da sentido al mundo de la vida. Hay un proceso de producción de nueva subjetividad de la experiencia actual, y en este sentido, existe la posibilidad de nuevas producciones que surgen en términos de pensamiento y construcciones sociales. Las líneas de subjetivación son el límite de dispositivo, debido a que tienen poder para promover el proceso creativo, producción de lo nuevo. Es como en un proceso de desterritorialización (Rolnik, 2002), cuando se abre una brecha en el territorio existencial, y nuevos ensayos de constitución de un nuevo mundo para sí, con base en un movimiento de reterritorialización, es decir, producción de nuevo territorio existencial.

El movimiento de subjetivación es un proceso de autoproducción, sobre la base de nuevas subjetividades que se producen siempre en los encuentros en el mundo de la vida, a través de la experiencia de lo vivido, es una construcción social y afectiva. En su texto, Deleuze (1990, p. 2) se referirá a la idea de que el proceso de subjetividad posibilita la construcción de nuevos sujetos, a partir de la mayoría constituida por personas que anteriormente no participaban en sistemas de dominación o constitución de hegemonía social. La pandemia como dispositivo puede revelar estos procesos del cambio de la subjetividad, que pueden potencializar mudanzas en el ámbito social y en las relaciones de la sociedad.

La pandemia como un dispositivo produce un análisis del funcionamiento de la sociedad y la totalidad de su contexto, y al mismo tiempo, un análisis inverso de sí mismo. En otras palabras, los factores que conducen a la aparición de un evento de su magnitud se encuentran en el plano social y no en la pandemia en sí. Se produce la crisis de salud, y al mismo tiempo, es un producto del caos social creado por los seres humanos. La comprensión de estos factores puede ayudar a promover rupturas necesarias en el nivel social y subjetivo, abriendo camino para la construcción

de un devenir que transforme el modo de vida actual, marcado por la codicia de los ricos, el dominio sobre la naturaleza, la discriminación, el racismo, perjuicio de las diferencias en las formas de vida. Arrojar luz para comprender la sociedad que produjo la pandemia actual mediante el análisis de la crisis de la civilización de valores que destruyen la naturaleza, subestiman los riesgos de negación de la ciencia, y en especial muchas corporaciones, ven la pandemia como una oportunidad de negocio, a partir de mantener el modelo de atención de la salud biomédica, que no solo proporciona mayores ganancias económicas, sino que implica menor efectividad en el enfrentamiento la Covid-19.

Tomando la pandemia por Covid-19 como un dispositivo que pone en tela de juicio la sociedad en que vivimos, se propone llevar a cabo esta discusión de cuatro bloques de cuestionamientos que serían: 1ro. La aparición del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 a partir del desequilibrio ambiental, causado por las agresiones intensas y sucesivas a la naturaleza, provocando una “mutación climática” irreversible. 2do. Neoliberalismo como motor de la crisis social y económica, generador de miseria asociada a regímenes autoritarios y necropolíticos. 3ra. Crisis de valores civilizatorios como los de solidaridad, asociados con la negación de la ciencia y necro-activismo en políticas regresivas de protección social. 4to. Los sistemas de salud bajo la hegemonía de las corporaciones económicas y profesionales, son ineficaces para enfrentar la pandemia Covid-19 y la necesidad de una reestructuración productiva que sitúe al territorio y a la comunidad en el centro de este enfrentamiento.

Primero, la aparición del nuevo coronavirus Sars-Cov-2 a partir del desequilibrio ambiental, causado por agresiones intensas y sucesivas a la naturaleza, provocando una “mutación climática” irreversible

En su libro “A la vista de Gaia: Ocho conferencias sobre la naturaleza en el Antropoceno” Latour (2020a) discute el casi incorregible deterioro de la naturaleza, causada por la agresión humana continua e intensa, que se caracteriza por la actividad depredadora, la contaminación y extractivismo principalmente. Desde la revolución industrial, la actividad humana ha sido responsable de lo que el autor considera una “mutación climática”, es decir, un cambio en el clima de

la tierra para el cual no hay retorno. Este período geológico recibió el nombre de Antropoceno. De acuerdo a Latour (2020b) la “mutación climática,” diferente de la idea de la crisis climática que podría llevar a una fase de transición de la que sería posible regresar a la situación anterior de la supuesta normalidad, afirma que es una posición sin retorno, es decir, hubo un cambio a un nuevo régimen climático, y esto es definitivo.

Si bien es un consenso que la acción antrópica ha dado lugar a la actual crisis ambiental caracterizada principalmente por el calentamiento global, es importante delimitar con mayor precisión el grado de responsabilidad que recae sobre este fenómeno, ya que no todos los humanos participaron en la actividad destructiva desde entonces. Por ejemplo, los pueblos indígenas, “caičaras”, ribereños, “quilombolas”, se encuentran entre los grupos de población que viven en armonía con la naturaleza y la protegen, así como la vida. Lo humano es un concepto universal, pero “debe dividirse en varios pueblos distintos, dotados de intereses contradictorios, territorios en lucha y convocados bajo los auspicios de entidades en guerra, por no decir deidades en guerra” (Latour, 2020a, p. 197).

Por lo tanto, el cambio climático en la tierra no se puede atribuir a todas las personas, pero a los que insisten en actividades extractivistas, productivas con emisión de gases tóxicos a la atmósfera, y todas las formas de agresión que implican la quema de bosques, envenenamiento del suelo y el agua por pesticidas etc.

El escenario de deterioro del clima en la tierra ha sido alarmante. Según Danowski y Viveiros de Castro (2017), existen cambios significativos en los procesos biofísicos del planeta, que, de exacerbarse, conducirían a cambios ambientales insostenibles para varias especies; al igual que hay un derretimiento severo de las capas de hielo en los confines de la tierra. Los índices monitoreados sorprenden por la anticipación de escenarios previstos para los cambios climáticos y ambientales del planeta. Suele haber una anticipación para las predicciones meteorológicas.

Pero ¿qué tendría esto que ver con la pandemia? Se sabe que existen miles de virus en la naturaleza, y posiblemente la causa actual de la Covid-19 estaba en perfecto equilibrio con el medio ambiente hasta entonces. El desequilibrio ambiental conduce a una desorganización en la interacción entre especies, y que, por accidente, una especie escapa de su hábitat natural para interactuar con

los humanos. Por ejemplo, la comisión de la Organización Mundial de la Salud para investigar el origen de Sars-Cov-2 causante de la pandemia actual fue a Wuhan, China, en marzo de 2021 para este estudio. Al final de la investigación se consideraron tres hipótesis diferentes para la aparición del nuevo coronavirus, la más probable de las cuales es que se produjera el llamado efecto “spiker”, un “tranbordamiento”, es decir, cuando un virus salta de una especie a otra, en este caso, de un animal salvaje a un ser humano.

Podemos deducir que esta transmisión se relaciona con el factor ecológico, cambio climático y desequilibrio ambiental que provoca migración de especies, interacciones no deseadas con la transmisión de nuevos agentes etiológicos, de nuevas enfermedades en los seres humanos.

Esto levanta la alerta para la humanidad, que es necesario preservar la naturaleza, así como de la vida humana.

Segundo: el neoliberalismo como motor de crisis sociales y económicas, generador de miseria asociada con regímenes autoritarios y necropolíticos

La pandemia revela claramente los graves problemas de desigualdad social y la forma en que el proyecto neoliberal abandona a las poblaciones más vulnerables. Esto se manifiesta, por ejemplo, en decisiones gubernamentales que requieren el trabajo continuo de las personas durante el período de la pandemia, incluso si esto significa exposición al virus y la posibilidad de enfermedad por Covid-19.

En el escenario de pandemia e incluso entre los cientos de miles de muertes por Covid-19, los liberales apoyaron la narrativa de que era necesario salvar la economía, incluso si cuesta vidas. Contrapusieron este discurso, frente a la propuesta de aislamiento social como una de las medidas de protección contra Covid-19, posiblemente la más eficaz y recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Es como si una parte significativa de las vidas, especialmente las que están más expuestas a la privación económica, al desempleo, a la inseguridad alimentaria, es decir, las vidas precarias, fuesen desechables. Este abandono a los grupos de bajos ingresos y a las personas que no se ajustan al modelo consumista de la sociedad capitalista, obedece a una razón neoliberal, que sólo valora vidas dedicadas a la producción de capital, órganos cuyo valor se mide por lo que tienen de acumulación

económica. En otras palabras, los de bajo “capital humano” son cuerpos desechables, lo que justifica la negligencia con la enfermedad y la muerte de una gran parte de la población, la violencia extrema contra las comunidades periféricas, y otras acciones regresivas en derechos sociales.

El “capital humano” es un concepto del neoliberalismo que significa el cuerpo en la medida que representa un valor económico. Según Foucault (2008), para el sistema neoliberal, el cuerpo se monetiza, es decir, al cuerpo se le asigna un valor, en función de su origen social, raza, capacidad de consumo, bagaje educativo, relaciones sociales, inserción en el mundo de la mercancía, intercambio, etc. La retribución que recibe por su trabajo se considera “renta”, y se mide por el valor simbólico que se le atribuye a este organismo, teniendo siempre como referencia las múltiples variables que lo definen. Por este mismo sistema económico neoliberal, el cuerpo tiene valor como un “emprendedor”, es decir, todos y cada uno debe participar en un sistema de la capacidad empresarial de sí mismos, y debe ser capaz de producir nuevo capital a partir del que ya tiene acumulado, contribuyendo así a la producción de nuevos valores-mercadería, participando en el ciclo de acumulación social.

Vidas que no son productoras de nuevo capital, que niegan el emprendimiento económico, elitista y competitivo, que no participan del ciclo de acumulación de riqueza, son consideradas vidas matables, cuerpos desechables. Es por esto que los cientos de miles de muertes en el contexto de la pandemia en Brasil, con mayor incidencia entre los pobres y negros, la violencia extrema a la que son sometidas las comunidades de las afueras de las grandes ciudades y otros grupos igualmente disidentes y resistentes al proyecto neoliberal, no preocupan al gobierno. La necropolítica gubernamental está dirigida a estos grupos, se trata de eliminar los cuerpos “no rentables”.

Es con este concepto que el capitalismo ha emprendido, en las últimas décadas, una importante reestructuración en el mundo del trabajo, impulsada principalmente por la construcción de un nuevo ideal de persona, que, bajo la idea de “autoemprendedor”, es sometido a jornadas agotadoras, sin protección social, bajo la falsa idea de libertad. Existe, por tanto, un proceso de sobreexplotación del trabajo, aumentando el beneficio y el margen de beneficio de quienes controlan los sistemas productivos.

Se produce un discurso tratando de convencer a la gente de una mayor inserción en la economía global liberal, pero al mismo tiempo es excluyente, elitista, es un mundo para pocos, porque el sujeto se convierte en parte de una máquina utilizada para remunerar a las grandes corporaciones económicas. Al mismo tiempo, crea en el mundo una brutal exclusión de personas que no pretenden ingresar a este sistema productivo y laboral, o que optan por organizarse de otra forma de vida, fuera de los estándares liberales que imponen estos regímenes de servidumbre.

El actual proyecto neoliberal no solo apunta a una economía privada codiciosa, asociada a un régimen político autoritario, sino que quiere construir una subjetividad liberal basada en la competencia. El sujeto liberal hoy es objeto de competencia, y es así como la propuesta pretende conquistar el alma de cada uno y consolidarse como hegemónica. Si para el neoliberalismo cada cuerpo es una vida empresarial, compiten entre sí, deshinchando la solidaridad previamente existente. La “uberización”, expresión acuñada por la característica del trabajo informal y remotamente controlada por aplicaciones, se ha generalizado en muchos ámbitos, especialmente en la prestación de servicios. Es la expresión más completa del “sujeto de la competencia”, como legión de trabajadores sin empleo y sin protección social, largas jornadas laborales, baja remuneración, en lugar de ver al otro como un igual con quien debe ser solidario, verlo como un competidor. El proyecto neoliberal produce un proceso de subjetivación cuyo centro es la destrucción de la idea de colectivo entre los sujetos de trabajo.

La ruptura de los lazos de solidaridad, de una subjetividad generosa entre las personas, da paso al adversario, porque compite en el campo del mercado de servicios al que este organismo se ha insertado como “capital humano”. Es importante darse cuenta de que el neoliberalismo disputa un lugar en la hegemonía de la sociedad, al operar en la micropolítica de la organización del trabajo, la vida cotidiana de las relaciones, y así tratar de producir una subjetividad capitalista que pasa a alimentar una nueva forma de los trabajadores estar en el mundo.

La pandemia arroja luz sobre este sistema y revela cómo la nueva forma de organización del trabajo produce vulnerabilidad. Hay cientos de miles de personas que viven en el trabajo informal, sin ningún tipo de protección, y que se han visto gravemente afectadas por la crisis sanitaria y social que se está gestando. Por otro

lado, la desigualdad coloca a las personas en diferentes niveles de protección, por lo que tienen una mayor o menor oportunidad de enfermarse, vivir o morir. La biopolítica neoliberal es incapaz de proteger a la población, defender la vida, en estos términos se convierte en una necropolítica.

La lucha contra la pandemia depende, en primer lugar, de recuperar los lazos de solidaridad en la sociedad, rotos con el proyecto neoliberal. Las comunidades donde esto ocurre han tenido más éxito en la lucha contra la Covid-19, precisamente porque ser solidario significa tener voluntad de unirse y producir lo común entre ellos. Lo común es el núcleo donde se producen las acciones de autoprotección y autocuidado entre grupos, y se potencia con el encuentro que brinda la suma de las potencias entre quienes se encuentran.

En segundo lugar, vienen las medidas de recursos necesarias para proteger vidas frente al nuevo coronavirus, inicialmente implica un buen sistema de comunicación, orientación, escucha y actos de habla, que aglutinan soluciones no farmacológicas para el cuidado de las personas. Sin solidaridad los recursos son desigualmente distribuidos, promoviendo inequidades entre los grupos poblacionales, estratos económicas, diferenciando el valor de unas vidas sobre las otras.

La solidaridad se convierte en la principal categoría política a discutir en el ámbito de la pandemia, porque es capaz de mediar nuevas formas de conducta entre grupos. Es el principal antídoto del proyecto neoliberal, que solo se instala en las comunidades cuando se han destruido los lazos de amistad y generosidad, y el sujeto solidario pasa a ser sujeto de competencia. El proceso de subjetivación capitalista neoliberal se da sobre la necesidad de producir una vida, y el deseo de libertad, y el sentido de oportunidad. Pero, todo esto se traduce en una mayor instrumentalización del cuerpo, que se reduce a una máquina para producir capital, y una vida presa en la servidumbre.

Tercero: crisis de valores civilizatorios como la solidaridad, asociada a la negación de la ciencia y el necroactivismo en las políticas regresivas de protección social

De acuerdo con Morel (2020), se utilizó el término negación por primera vez para representar los discursos que niegan el holocausto en la Segunda Guerra Mundial, todavía hay personas que niegan la esclavitud, otros, el calentamiento

global y la ciencia. No se trata de una revisión histórica apenas, sino de producir informaciones que satisfagan los intereses políticos o económicos. Su origen se remonta a la década de 1950, cuando la industria del tabaco comenzó a negar el daño que el tabaquismo hacía a la salud humana. Unas décadas más tarde, en la década de 1980, la negación es también un recurso utilizado por las grandes industrias para negar los efectos de la emisión de gases tóxicos en el medio ambiente, como un factor en el calentamiento global, y en el deterioro del clima del planeta. Por lo tanto, vamos a ver qué negar la evidencia científica no se ha dado por idiotez, o desconocimiento de la causa, sino que es una estrategia para defender los intereses de la economía liberal, grandes corporaciones económicas, y los grupos políticos, es decir, que es parte de un proyecto para la construcción social y económica de la sociedad.

En el contexto de una crisis de salud de la magnitud de la actual pandemia Covid-19, provocada por el nuevo coronavirus, con una amenaza para la salud y la vida de millones de personas, la negación de la ciencia actual se convierte en necroactivismo. Es decir, aquellos que niegan la ciencia también niegan las medidas de protección para la defensa de las personas contra el virus, así como emprender un activismo contra las vacunas, fomentar las agrupaciones aumentando la exposición de las personas al virus, y criticar constantemente el uso de máscaras para prevenir la Covid-19. Lo que vemos, por tanto, se puede caracterizar como una política de producir muerte, un necroactivismo.

Durante la pandemia el mundo contempló las impactantes escenas, que de ninguna manera aparentan ser del siglo XXI, como cuerpos arrojados en las calles de Guayaquil, Ecuador en abril de 2020; y muertes por falta de oxígeno en salas enteras de hospitales de Manaus, Brasil en enero de 2021. Dos lugares que ilustran como negar el alto riesgo de la enfermedad, puede conducir a situaciones extremas. En pandemia de modo general se observa un movimiento en el que la biopolítica de protección de la vida, “hace vivir”, pasa a una necropolítica, “hacer morir”, mediada por la radicalización de la pandemia, tal como una política de producción de muerte, la necropolítica, según Mbembe (2018).

A continuación, los datos hablan por sí mismos sobre la necropolítica en la pandemia:

En los Estados Unidos, la primera nación en las Américas en ver la escalada de casos, la desproporción es evidente. Aunque el 18% de la población del país es negra, el 52% de los casos y el 58% de las muertes por **Covid-19** son en pacientes negros, según un **relatorio de amfAR** publicado a principios de mayo. En estados como Georgia, Louisiana y Alabama, las disparidades son aún mayores, como lo muestran el **Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)** : en Georgia, el 83% de los internados son negros, lo que corresponde al 32% de la población; en Luisiana, un estado con el 33 %de la población negra, las muertes afroamericanas representan el 70 %; y en Alabama, la proporción de muertes es del 44% de una población del 26% . (Marasciulo , 2020).

En Brasil, Un **estudio dirigido por investigadores de la PUC-Rio** y publicado el 27 de mayo [2020] destaca aún más estas disparidades. En términos de muertes por Covid-19, las personas sin educación tienen tasas tres veces más altas (71,3%) en comparación con aquellas con educación superior (22,5%). Combinando raza y nivel educativo, el escenario es aún más desigual: los negros y morenosno escolarizados mueren cuatro veces más por el nuevo coronavirus que los blancos con educación superior (80,35% frente a 19,65%). Considerando el mismo nivel de educación, los negros y los morenostienen una proporción de muertes un 37% más alta, en promedio, que los blancos. (ídem, ibidem).

La pandemia muestra claramente y la crueldad de un estado racista, señalando su preferencia política de muerte a los negros y los pobres. Souza (2017) considera que todas las personas en exclusión social son víctimas del racismo, no solo los negros, sino también los pobres, quienes son sometidos a todo tipo de violencia física y simbólica.

Cuarto: sistemas de salud bajo la hegemonía de corporaciones económicas y profesionales, ineficaces para enfrentar la pandemia de Covid-19; y la necesidad de una reestructuración productiva que sitúe al territorio y a la comunidad en el centro de este enfrentamiento

Cuando la lucha por Covid-19 en los territorios, que se libró con medidas no farmacológicas de protección y cuidado, quedan los hospitales para aquellos

con síntomas avanzados de déficit de las vías respiratorias, que son la retaguardia necesaria para estos casos. La atención hospitalaria, aunque salva vidas en riesgo inmediato, no puede modificar la transmisión de la infección y sus repercusiones en la dinámica evolutiva de la pandemia. Factor al que se enfrentaría la actuación de la Atención Primaria asociada a toda la Red Básica de Salud, en relación con los territorios y su población. Esto sí podría incrementar el poder para combatir el coronavirus, basado en una gran movilización de comunidades, bien orientadas y activadas para el esfuerzo colectivo, solidario, para proteger y cuidar la enfermedad.

La Red Básica de Salud existe en muchos lugares como un poder, que no es efectivo en todo su potencial, porque los sistemas biomédicos compiten con ella, instrumentalizados por intereses macro y microeconómicos de ganancias con alto consumo de instrumentos de diagnóstico y terapéuticos (Merhy, 2002), sustentada en una matriz conceptual de práctica clínica, restringida al campo biológico, como propone el modelo propuesto por Flexner (Pagliosa & Da Ros, 2007). La experiencia de algunos países en el combate a la pandemia ha demostrado el éxito del uso intenso de recursos de Atención Primaria y Red Básica, que fueron facilitadores de pruebas masivas, orientación y movilización comunitaria para esfuerzos conjuntos contra los avances del coronavirus.

Por ejemplo, Nueva Zelanda, tras identificar la transmisión comunitaria del coronavirus, hizo su apuesta por el uso prioritario de Intervenciones No Farmacológicas (NPI) [1], a escala nacional, durante 31 días entre el 25 de marzo y el 27 de abril de 2020. Según Huang et al. (2021):

Estas [NPI] incluían (1) el bloqueo de la importación del virus (cierre de la frontera para los no neozelandeses y cuarentena de 14 días para los viajeros que regresan); (2) la eliminación de la transmisión dentro de Nueva Zelanda (pruebas generalizadas, casos aislados, seguimiento de contactos y cuarentena de personas expuestas); (3) medidas de distanciamiento físico (solicitudes para quedarse en casa, cancelación de todas las reuniones, cierre de escuelas, negocios no esenciales y todos los lugares públicos, y restricción de viajes domésticos); (4) medidas de prevención y control de infecciones individuales (promover la higiene de las manos y la conducta adecuada para la tos, quedarse en casa con síntomas respiratorios leves y usar máscaras si no se encuentra bien); y (5) comunicar el riesgo al público y a las diversas partes interesadas (Huang et al., 2021).

Según el autor, la aplicación de estas Intervenciones No Farmacológicas (NPI), combinada con la adherencia de la comunidad a las medidas, eliminó efectivamente la transmisión comunitaria de Covid-19.

En una situación como la vivida en 2020, en la que no existe medicación para el cuidado de la población, la forma de protección frente a la enfermedad es principalmente a través de la implementación de NPI, como lo demuestra la experiencia. El éxito de Nueva Zelanda en la aplicación de las NPI está asociado con una fuerte conexión con la población, movilizando recursos técnicos, comunicacionales e instructivos, también apoyados por tecnologías sociales. Este conjunto garantizó una amplia adherencia a las medidas adoptadas.

El siguiente debate pretende abordar este tema, entendiendo que el escenario de afrontamiento de la pandemia se constituye de tensiones sobre los servicios de salud, provocadas por la extensión de la enfermedad Covid-19, y el sufrimiento agudo e interminable de gran parte de la población, sin encontrar una respuesta eficaz capaz de detener este proceso. En la paradoja entre la alta visibilidad dada a los procedimientos hospitalarios para el tratamiento de la enfermedad, y la casi invisibilidad de los esfuerzos realizados en el campo de la Atención Primaria, buscamos analizar los factores que producen esta contradicción. Esto supuestamente está ligado al imaginario de la población que asocia el cuidado con el consumo de alta tecnología, subestimando los servicios territoriales de referencia, que luego se volvieron invisibles para los organismos que transmiten la noticia a la gran población.

Se entiende que, además de los modelos que toman el ámbito organizacional de las redes de cuidado, al observar la vida cotidiana, la micropolítica del trabajo, nos damos cuenta de que agrega, además de las tecnologías, una dimensión inmaterial y subjetiva en la maraña de actividades que ocupan los escenarios de práctica del cuidado. Por ello, la dimensión relacional del trabajo, los encuentros en el territorio son fundamentales para el cuidado, empoderando también a los grupos comunitarios para la autoprotección, la colaboración entre sí, en definitiva, la autogestión de la vida individual y comunitaria. Esto es fundamental para el éxito del esfuerzo de respuesta a la pandemia. Frente a las acciones está el eje principal de este proceso, la solidaridad.

La necesaria reestructuración productiva en salud en el contexto de la pandemia

La pandemia está dejando un legado preocupante, un número exacerbado de personas con enfermedades crónicas, como resultado de las secuelas de Covid-19. Si antes de la pandemia, ya era importante organizar servicios para fortalecer la atención de los pacientes crónicos por el aumento inercial de la cronicidad en la población, por un cambio en el perfil de edad, caracterizado por un aumento de los grupos de ancianos en relación con la población en general, los datos recientes sobre la enfermedad de Covid-19 nos informan de la necesidad de mayores inversiones en servicios de salud que aumenten la efectividad y eficiencia de la atención de las condiciones crónicas. Esta situación lleva a la necesidad de grandes y robustas de inversión en Atención Primaria y Red Básica. A la adición de materiales de sustentabilidad y operación de los recursos de la red, es necesaria la inversión en recursos intangibles, la Educación Permanente, los Dispositivos de Acogimiento, la Constitución de las Redes de Cuidado, es decir, la conexión y fluidez entre trabajadores y procesos que activen en el colectivo de trabajadores el deseo de producir “líneas de atención”, con un alto grado de resolución, garantía de acceso y acogimiento de las necesidades de los usuarios. Existe una producción subjetiva del cuidado (Franco, 2007) que se basa en el deseo como fuerza motriz que pone en movimiento a los trabajadores, para producir un cuidado efectivo.

La voluntad ha sido un recurso fundamental para la gestión de los servicios de salud, ya que está ligado a la idea de que la subjetividad debe conducir a una mayor participación del trabajador con los procesos de atención. Mantener una movilización permanente de los trabajadores implica fortalecer las actividades educativas en las redes de salud, al considerar que la pedagogía aplicada en los servicios debe operar al mismo tiempo procesos de cognición asociada a procesos subjetivos. Esto significa en primer lugar comprender que la reunión entre los trabajadores y usuarios en los escenarios de producción atención, también son lugares de producción pedagógica, es decir, la reunión en el lugar de trabajo, en sí misma, produce el conocimiento e intenso aprendizaje; y en segundo lugar, significa que la práctica de la educación permanente es una apuesta por el cambio de los sujetos, en función de las afecciones a las que están expuestos por su propia experiencia práctica, por lo vivido en las prácticas de cuidado.

Algunos países comenzaron en 2020 a fortalecer o crear servicios de rehabilitación motora para atender la atención de emergencia a personas con secuelas derivadas de Covid-19 posaguda. Por ejemplo, en Italia, la Sociedad Italiana de Medicina Física y Rehabilitación (SIMFER) admite el aumento de esta demanda y sugiere “prevenir las principales complicaciones discapacitantes de las condiciones agudas y comorbilidades, para apoyar la obtención de la estabilidad clínica y planificar la trayectoria clínica a seguir” (BOLDRINI, 2020, p.316). Al mismo tiempo, propone servicios de rehabilitación territorialmente referenciados, con posibilidad de atención domiciliaria, o “teledomiciliaria”, como forma de mitigar los efectos de la Covid-19, reduciendo y retrasando la necesidad de camas hospitalarias. Vemos en la propuesta de los servicios territoriales de fisioterapia como una señal de lo que sería el camino a seguir, fortaleciendo el territorio como lugar prioritario para las acciones asistenciales, en diversas áreas y servicios. El territorio sería el lugar de mayor alcance y efecto en el esfuerzo por cuidar a la población.

Esta es una iniciativa importante, digamos, el inicio de un proceso que aún se desarrollará de manera muy significativa, porque cuanto más sabemos sobre la enfermedad Covid-19 y del coronavirus, más conocemos sobre el gran daño que causan al organismo humano y su funcionalidad.

Son importantes las iniciativas que conduzcan a un mayor aporte de recursos para el financiamiento de la salud, así como nuevos servicios. Sin embargo, también es necesario invertir en una reestructuración productiva, o más bien, reconocer que la pandemia anticipó una reestructuración productiva en el sector.

La ‘reestructuración productiva’ es el resultado de cambios en la forma de producir cuidados, generados a partir de innovaciones en los sistemas productivos de salud, que impactan en la forma de fabricar productos de salud, y en la forma en que cuidan de las personas y de los colectivos poblacionales. (Merhy & Franco, 2009).

Las señales provienen de: 1. uso masivo de tecnologías de inteligencia para organizar el “telecuidado” en sus diversas y diferentes versiones, a los usuarios durante la pandemia. Estos sistemas se están consolidando y volviéndose rutinarios en los servicios de salud, con importantes efectos en el aumento de la capacidad de servicio, más frecuentemente en contacto con los usuarios, e

impacto en la organización del proceso de trabajo, como por ejemplo, jornada de adopción híbrida a los trabajadores que participan en la teleasistencia. 2. Mayor rol de los usuarios en la producción de cuidados, pues estos en muchos lugares tuvieron un activismo importante en sus comunidades, guiados por la solidaridad, construyeron sistemas de autoprotección comunitaria. Se crearon soluciones inusuales para la continuidad de la atención, como la organización del suministro de alimentos y material de higiene, fabricación doméstica de máscaras, el uso de Whatsapp para el contacto permanente con los usuarios. 3. Un mayor cuidado con la bioseguridad, que hasta entonces era un tema restringido a los especialistas, ahora es de dominio público, en las conversaciones cotidianas, en el hogar y en el barrio. Finalmente, el cuidado con la higiene, la transmisión de virus, la protección de uno mismo y de los demás, es un conocimiento adquirido durante la pandemia, y que hoy se apropia de una gran parte de la población, que además de conocer, opina sobre estos temas.

Consideraciones finales

¿Qué es un dispositivo? Esta pregunta de Deleuze (1990) produjo un concepto que nos ayuda a un proceso de intenso debate y análisis del contexto de la pandemia Covid-19. En particular, buscamos dar visibilidad a algunos aspectos del mundo de la vida, individual y comunitaria, que adquieren mayor protagonismo en el contexto de la pandemia. Especialmente grave es la “mutación climática” del planeta que conduce a sucesivas crisis ambientales, de las que proviene el nuevo coronavirus. Es importante señalar que el cambio climático y todos los desequilibrios geofísicos en la tierra son el resultado de la acción antrópica, sistemática durante más de 200 años. Su impacto es tan significativo que se le ha denominado un nuevo período geológico denominado Antropoceno. La pandemia revela claramente este grave problema.

Así como fue posible analizar desde el dispositivo “pandemia” los efectos del proyecto neoliberal que se volvió hegemónico en varios países, con fuertes consecuencias para la conformación social y producción de nuevos sujetos. Este tema cobra especial importancia y gravedad en el contexto actual, revelado por la pandemia, porque existe una mayor discriminación contra los pobres, o mejor,

personas de bajo valor en su “capital humano”. La crudeza e insensibilidad de una sociedad neoliberal adquieren contornos claros con la pandemia.

De la misma manera, la negación de la ciencia como forma de disputar el proyecto político de enfrentamiento de la pandemia, se revela como el rostro más cruel de lo vivido en la pandemia Covid-19. El negacionismo aparece como un proyecto político, para garantizar las pautas de las grandes corporaciones económicas y grupos políticos, interesados en la continuidad de las actividades económicas, para no reducir sus enormes ganancias de productividad, transformadas en ganancias multimillonarias. Todo esto, en detrimento de los cientos de miles de personas que murieron en la pandemia.

Finalmente, la pandemia revela la extrema necesidad de sistemas de salud centrados en servicios de referencia territorial, asociados a las respectivas comunidades. Este es, por excelencia, el lugar prioritario para la producción de cuidados, donde es posible obtener la mayor efectividad en general, y en particular en la lucha contra la pandemia. Es en el territorio donde la población se reúne y vive, realiza su lucha diaria, y es posible atar los lazos de solidaridad, sumar las fuerzas de los grupos y personas y así salir victorioso en la defensa de la vida.

La pandemia continúa su curso y ha resistido las formas de protección actuales, incluso en este momento, las vacunas demuestran la necesidad de dosis de refuerzo después de 6 meses de inmunización. La sociedad necesita un cambio radical, servicios de salud con acceso universal, se necesita fortalecer la financiación estatal, y para ello es importante que la sociedad se apropie de la política de salud pública, como algo que le pertenece, y es su gran activo para la defensa de la vida. Sólo una fuerte movilización de la sociedad asociada a una reestructuración productiva en salud puede impulsar los sistemas universales a un nivel en el que se consoliden de hecho como la gran política de protección de la vida.

Referencias

- Boldrini, P., Bernetti, A., Fiore, P. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). *Eur J Phys Rehabil Med*, 56 (3), 316-318. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-8822>
- Deleuze, G. (1990). ¿Que és un dispositivo? In: Foucault, M. filósofo. Barcelona: Gedisa, 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. <http://>

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 244.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica: curso dado no College France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Franco, T. B. (2007). Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*, 11 (23). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>
- Huang, C. et al. (2021). 6-Month Consequences of Covid-19 in Patients Discharged from Hospital: a Cohort Study. *Lancet*, 16, 397 (10270), 220-232. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study - PubMed (nih.gov).
- Latour, B. (2020a). *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. São Paulo: Ubu editora.
- Latour, B. (2020b). *Onde Aterror?: como se orientar politicamente no Antropoceno*. Rio de Janeiro: Bazer do Tempo.
- Maracisculo, M. (2020). Na pandemia de Covid-19, negros morrem mais do que brancos. Por quê? <https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/05/na-pandemia-de-covid-19-negros-morrem-mais-do-que-brancos-por-que.html>
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2021). Reestruturação Produtiva na Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz: Rio de Janeiro. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reeprosau.html>
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2009). Reestruturação Produtiva em Saúde. In. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. Hucitec: São Paulo.
- Morel, A. P. M. (2021). Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 19, e00315147. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100404&lng=pt&nrm=iso
- Pagliosa, F. L. & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 492, 32 (4), 492-499.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia Sentimental*. Editora Estação Liberdade: São Paulo.
- Souza, J. (2017). *A Elite do Atraso: da escravidão à Lava Jato*. Editora Casa da Palavra: Rio de Janeiro.

Las dos pandemias: México

Renata Libertad Ávila Valadez

Introducción

Como una especie de destino fatal en donde el todo y la nada juntan extremos, nos encontramos, quizá, frente a uno de los monstruos mitológicos más emblemáticos de todos los tiempos, la Hydra de Lerna, pero remasterizada con un toque de un sistema económico desgastado y una crisis sanitaria por el Coronavirus que sigue cobrando víctimas. Se trata, pues, de una criatura de varias cabezas en cuyo corazón late vibrante la desigualdad.

De acuerdo con Quezada, la original Hydra de Lerna “era un animal de varias cabezas que mataba a sus enemigos con el aliento. Al cortar una de sus cabezas, renacía siempre de nuevo, hasta parecer invencible” (Quezada, 2006, p. 1), dice la leyenda que fue Heracles quien la terminó por eliminar, cortando todas sus cabezas de tajo.

Sin embargo, nuestra versión de la Hydra de Lerma parece que aún no ha encontrado a su verdugo, o quizá sí, pero sus custodios aún no le han permitido que acceda a ella, en un mundo dominado por el materialismo a ultranzas, no es de extrañarse.

Este capítulo busca relatar, por una parte, cómo se ha vivido la pandemia por la Covid-19 en el centro norte de México, para ser precisos en el estado de Zacatecas, entre el llamado a la emergencia sanitaria y el avance en la inmunización con la aplicación de la vacuna; y por la otra, busca presentar un ejercicio de análisis dialéctico sobre cómo las fallas del sistema generadas por un modelo económico han impactado en la implementación de la estrategia nacional de salud en México.

La idea, es incitar a la reflexión y el debate en el ánimo de encontrar de manera conjunta alternativas de solución contra la ya mencionada Hydra de Lerna remasterizada.

La Covid-19 como mito

El mito, entendido como una especie de relato tradicional (no histórico) en determinada cultura que pasa de generación en generación, en la antigua Grecia (de donde deviene la Hydra de Lerna), de acuerdo con Ríos, jugaba una “función explicativa, didáctica y cohesionadora” (Ríos, 2018, p. 10), que trataba otorgarles a los griegos arcaicos un sentido de identidad a través de replicar las voces de la memoria. “Controlaba todo dentro del mundo” (Finley citado en Ríos, 2018, p. 10).

Bajo esa lógica, en nuestra historia reciente han surgido una serie de mitos alrededor del origen de la Covid-19. Uno de ellos señalaba que la enfermedad surgió de los animales y que la propagación humana se dio cuando “alguien” se comió un caldo de murciélago que ya estaba infectado por el virus.

Las visiones más conspiracionistas, han buscado sostener que tanto el virus como la enfermedad fueron creados en un laboratorio y forman parte de la guerra por el control del planeta que encabezan dos potencias: Estados Unidos y China. En ese sentido, se decía que el virus se había creado en un laboratorio de China, por otra parte, hay quienes sostienen que el virus lo crearon los norteamericanos y fueron a llevarse a los chinos.

De acuerdo con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), “Existen muchos mitos e información falsa circulando, lo que genera que las personas muchas veces no tomen las medidas correctas para prevenir el contagio, sino que además pueden afectar seriamente su salud” (CICR, 2020).

Entre los principales mitos que continúan circulando la CICR destaca 10:

- 1- Los mosquitos transmiten Covid-19.
- 2- La Covid-19 solo es una gripa más.
- 3- Los portadores de Covid-19 son los migrantes y extranjeros.
- 4- Usar mascarilla puede causar intoxicación por dióxido de carbono (CO₂).
- 5- La hidroxiquina es un tratamiento posible.
- 6- Para no tener Covid-19 hay que tomar antibióticos.
- 7- Consumir bebidas alcohólicas, infusiones calientes o comer ajo mata al virus.
- 8- En el verano baja la probabilidad de contraer Covid-19.

9- La Covid-19 no afecta a las personas jóvenes.

10- Se puede matar el Coronavirus rociando el cuerpo con alcohol o con cloro. (CICR, 2020).

Mientras las investigaciones científicas no avancen con pruebas irrefutables sobre los distintos fenómenos que han traído consigo la aparición del SARS-CoV2, como bien refiere la CICR, las noticias falsas continuarán estigmatizando a los especialistas de la salud y los mitos difundiendo.

Una visita inesperada y caótica

Ya ha pasado poco más de un año y medio desde que se declaró la emergencia sanitaria por la Covid-19 en México y aún no logramos acostumbrarnos a la nueva normalidad. No sólo por el molesto uso del cubrebocas que se ha vuelto parte de nuestro día a día sino por lo frustrante que ha resultado el tener que despedirnos en la distancia de nuestros familiares que han perdido la batalla ante el SARS-CoV-2 sin un entierro digno.

Si bien es cierto, el primer caso de Covid-19 en el mundo se detectó en Wuhan, una ciudad de la provincia central de China, en un hombre mayor de 70 años (McMullen, 2021), no fue hasta el 27 de febrero de 2020 cuando se registró el primer caso en México (Claro, 2021), se trató de un hombre originario de la Ciudad de México (CDMX) que recién regresaba de un viaje de Italia.

Sin embargo, la emergencia sanitaria fue declarada en México por las autoridades federales hasta finales del mes de marzo de 2020 (Gobierno de México, 2020). De acuerdo con el área de prensa de la Secretaría de Salud, el 30 de marzo, “en sesión plenaria del Consejo de Salubridad General (CSG) encabezado por el presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, se reconoció como emergencia sanitaria” (Secretaría de Salud, 2020).

El CSG tomó el acuerdo de comenzar a implementar medidas extraordinarias en todo el territorio nacional, entre las que destacaron la suspensión inmediata de actividades no esenciales en los sectores público, privado y social, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus.

El CSG solicitó a las diferentes dependencias del gobierno federal y a los tres órdenes de gobierno en el ámbito de sus respectivas competencias brindar el apoyo

para el éxito de la declaración, tomando las medidas necesarias bajo una estrategia coordinada y alineada a los valores y compromisos de la actual administración.

El Gobierno de México reitera a la ciudadanía la necesidad de abstenerse de realizar actividades fuera de casa, mantener la sana distancia y las medidas básicas de higiene, con el fin de evitar un mayor número de contagios (Secretaría de Salud, 2020).

En Zacatecas, entidad federativa de México ubicada en el centro-norte del país, el Dr. Renzo Ramírez, médico de la clínica 57 del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) de la capital, fue el primer paciente oficialmente diagnosticado con Covid-19. De acuerdo con Valadez (2020), “fue una hermana del mismo médico, la que viajó recientemente a Europa, y ella fue quien contrajo la enfermedad –aunque asintomática-, y se la transmitió a su hermano” (Valadez, 2020).

Aunque a estas alturas aún se desconoce el origen del SARS-CoV2, lo cierto de todo es que, a diferencia de otros coronavirus, este ha impactado por su alto grado de propagación. Según Silva-Jaimes, “no se ha hecho aún una reflexión concienzuda sobre el origen de la pandemia. Cuando se haga, se encontrará una verdad incuestionable. El único culpable, en realidad, es el propio ser humano” (Silva-Jaimes, 2020, p. 268).

Ante ello podemos decir que, a excepción del paciente cero de Wuhan, en Zacatecas y en México como en el resto del mundo, el virus no apareció por generación espontánea, si se padece en territorios tan lejanos a China es porque alguien lo importó y lo propagó, en muchos de los casos, fue una clase social privilegiada que tuvo el recurso suficiente para viajar fuera del territorio.

A un año y medio de la llegada de este virus, si bien, la ciencia ha avanzado y, por fin, ya se cuenta con vacunas para prevenir y aminorar los efectos de la Covid-19, desafortunadamente el acceso aún no ha sido universal. Hacemos acuerdo con Knight y Kashyap (2021), quienes afirman que:

si bien los científicos han logrado desarrollar vacunas a una velocidad sin precedentes, la forma en que actúan muchos de los gobiernos y las compañías farmacéuticas más ricos sigue atentando contra el acceso universal, equitativo y asequible a esas vacunas. Los gobiernos han invertido fondos públicos por decenas de miles de millones de dólares en el desarrollo de vacunas; sin embargo, hasta el momento no han cooperado ni compartido los beneficios de la investigación científica a

nivel internacional. En vez de supeditar el financiamiento a que se amplíe la disponibilidad y la asequibilidad de las vacunas, muchos gobiernos poderosos negociaron acuerdos bilaterales poco transparentes con compañías farmacéuticas u otras entidades

Mientras países como Estados Unidos ya se habla de comenzar a aplicar una tercera dosis, en otros como Burkina Faso, Burundi, Chad, Eritrea, Haití, Tanzania y Vanuatu la vacunación ha sido casi inexistente. De acuerdo con Rojas, “la mayoría de los países al margen de las dosis están en África, pero también hacen falta en Oceanía y en el Caribe” (Rojas, 2021).

A diferencia de las naciones ya señaladas, desde finales de 2020 e inicio de este 2021, en México, gracias a la visión del gobierno de la República, ya se han aplicado de manera gratuita más de 100 millones de dosis. La campaña nacional de vacunación comenzó desde finales del mes de enero de este 2021 con el personal del sector salud, el segundo grupo en vacunarse fueron los adultos mayores de 60 años, le siguieron los profesores, luego los de 50 a 59 años, posteriormente los de 40 a 49, los de 30 a 39 y los de 18 a 29.

Hasta este momento, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) ha autorizado la aplicación en México de ocho vacunas: Pfizer, AstraZeneca, Sputnik V, Sinovac, CanSino, Covaxin, Johnson & Johnson y Moderna (El Financiero, 2021).

Pfizer fue la primera vacuna que se aplicó en México al personal de salud de primera línea. Cuenta con autorización para uso de emergencia desde el 11 de diciembre de 2020, cuando fue sometida a consideración para su aplicación a mayores de 18 años.

AstraZeneca fue la segunda vacuna aprobada en México para uso de emergencia contra el virus SARS-CoV-2 por la Cofepris el 4 de enero de 2021. Sputnik V fue autorizada por Cofepris para su uso de emergencia el 3 de febrero pasado. Sinovac fue aprobado por México el pasado 10 de febrero.

CanSino fue autorizada por México el mismo día que Sinovac, el 10 de febrero de 2021. Fue elegida para inmunizar al personal docente en México. Aunque en un principio era una sola dosis, la farmacéutica recomendó aplicar un refuerzo de su vacuna contra seis meses después de recibir la primera dosis, luego de un estudio realizado por la empresa.

Covaxin, de la farmacéutica india Bharat Biotech International Limited, recibió el 6 de abril de 2021 la aprobación de uso de emergencia en México. Johnson & Johnson, El 27 de mayo pasado, la Cofepris autorizó para uso de emergencia en mayores de 18 años la vacuna de Janssen. Moderna es otra vacuna con ARN mensajero y que fue autorizada por nuestro país este 18 de agosto (El Financiero, 2021).

A pesar de la llegada de la tercera ola, afortunadamente, la curva de contagios poco a poco ha bajado, gracias a ello, el 30 de agosto de este año (2021) más de 25 millones de estudiantes regresaron a las aulas de manera híbrida (aún existe la opción de que los niños que lo deseen así pueden seguir tomando clases de manera virtual) después de 17 meses de estar tomando clases en línea.

De acuerdo con Suárez, el regreso se dio “en medio del debate de si es prudente la vuelta presencial a las aulas” (Suárez, 2021). Ante ello el presidente de la República ha manifestado que el regreso se tuvo que hacer porque “la escuela es insustituible, la escuela no solo se reciben los conocimientos es un centro de convivencia, tiene que ver con los sentimientos que expresan entre niños y niñas” (Suárez, 2021).

En Zacatecas, la única institución educativa que, haciendo uso de su autonomía, aún no declara el regreso a las aulas ha sido la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas” que cuenta con más de 42 mil estudiantes.

Dice Montes De Oca que:

El Consejo Universitario de la UAZ aprobó por unanimidad continuar las clases en línea principalmente porque el estado sigue en semáforo epidemiológico naranja, de riesgo alto de contagio.

La decisión se tomó este martes en sesión virtual, informó el rector Rubén Ibarra Reyes. Resaltó que con la movilidad para volver a las aulas en la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ) “podría generar un foco de infección muchísimo mayor al que está saliendo todos los días” (Montes De Oca, 2021).

¿La Covid-19 vino a agudizar la desigualdad?

La pandemia por la Covid-19 ha venido no sólo a reconfigurar la manera en que nos desenvolvemos en sociedad sino en que percibimos al mundo.

Mientras el número de contagios ya superaba a nivel global los 320 millones 250 mil y los decesos superaban 5 millones 522 mil muertes totales por COVID-19 (citado de la Universidad Johns Hopkins por Telemundo Digital, 2022), la economía se contraían y los gobiernos nacionales buscaban de manera desesperada una cura no solo para frenar el número de contagios y de muertes asociadas con este virus, sino que para intentar recuperar el ritmo de crecimiento.

De acuerdo con el Banco Mundial, nos encontramos frente a la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial en donde las economías en promedio han visto reducido su ritmo de crecimiento en al menos 5.2%.

A raíz de las graves distorsiones a la oferta y la demanda internas, el comercio y las finanzas, se prevé que la actividad económica de las economías avanzadas se contraerá un 7% en 2020. Se espera que los mercados emergentes y las economías en desarrollo (MEED) se contraigan un 2,5 % este año, su primera contracción como grupo en al menos 60 años. La disminución prevista en los ingresos per cápita, de un 3,6%, empujará a millones de personas a la pobreza extrema este año (Banco Mundial, 2020).

Esta pandemia por la Covid-19 viene a cuestionar con una mayor fuerza la pertinencia del sistema capitalista y sus diferentes aristas (neoliberalismo e imperialismo) ya de por sí deterioradas. La Covid-19, como ya se veía venir desde la primera Gran Crisis del Siglo XXI (la de 2007-2009), empuja con urgencia el retorno de las visiones heterodoxas de la economía, como la Keynesiana, en donde el Estado está obligado a jugar un papel predominante y estratégico en el mercado no solo para garantizar el pleno empleo sino para recuperar en sí el desarrollo y el crecimiento económico a través del impulso de una muy política económica expansiva.

Para Arturo Guillén, docente e investigador de la Universidad Autónoma de México (UAM), esta realidad que se vive en materia económica no es solo producto de la pandemia como lo han querido señalar algunos economistas neoliberales. Para Guillén Romo, el SARS CoV-2 no es la causa de la crisis económica sino un simple disparador de lo que ya se preveía, una nueva crisis del capitalismo.

Culpar al coronavirus de la crisis, es más que nada una construcción ideológica de los sectores de punta de la oligarquía financiera y de los medios de comunicación a su servicio (la mayoría), para ocultar las contradicciones del sistema, los perfiles terminales de su reproducción y confundir a la población. Detrás de esos

factores, existen tendencias estructurales que el capitalismo viene arrastrando desde hace varias décadas -el colapso ambiental ligado a un modelo de acumulación y de consumo sin futuro, como elemento central- y las contradicciones en el plano económico desnudadas por la crisis económico-financiera de 2007 y no resueltas, sino solo pospuestas, desde entonces (Guillén, 2020, p. 247).

Hablamos, entonces, también de una crisis sistémica que cuestiona la reproducción económica, social, energética y ambiental de todo el planeta.

Ante ello, el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha ratificado la urgente necesidad de la intervención estatal de manera coyuntural a través de la nacionalización de algunas industrias. A finales de marzo, el G20 acordó crear un fondo de 5 billones de dólares para promover la reactivación de la economía mundial. Lo que contrasta con la preocupación de las Naciones Unidas de reunir un fondo de emergencia de 3 mil millones de dólares para enfrentar las hambrunas y genocidios que se presentan de forma creciente ya en África.

Para Gabriel García, secretario general de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) en Ecuador, “recibimos una lección profunda sobre el Estado, que debe ser comprendido como una expresión de solidaridad. Un problema de tal magnitud, no se podía enfrentar de manera aislada sino entre todos, cobijados y organizados bajo el Estado” (García, 2020, p. 8).

Algunos analistas internacionales como el libanés Alfredo Jalife han advertido que esta situación trae bajo el brazo la reconfiguración geopolítica del mundo, una des-globalización en donde la tendencia imperante entre las naciones será el cierre temporal de fronteras para fortalecer a sus economías nacionales.

De acuerdo con Gesto (2020), “las decisiones que en lo sucesivo tomen los ciudadanos y los Estados, moldearán los sistemas sanitarios, la economía, la política, la cultura, y otros aspectos que caracterizarán al mundo de una manera inusualmente distinta” (p. 10).

Ante esta disyuntiva, la estrategia principal de los gobiernos, no solo en México sino en casi todo el mundo, ha sido el llamar a la población al confinamiento, el uso obligatorio del cubrebocas y el lavado constante de manos. Además de impulsar el teletrabajo y las clases virtuales para los estudiantes desde preescolar hasta nivel superior.

Desafortunadamente, a consecuencia de un mercado impulsado por el sistema capitalista donde la desigualdad ha sido un tema imperante (99% de la

población posee menos riqueza que el 1% de los más ricos, de acuerdo con datos de OXFAM), estas dos últimas estrategias no se han logrado concretar del todo, el problema ha sido por una parte el acceso internet y, por la otra, la falta de habilidades en el uso de las plataformas digitales.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, el Instituto Federal de Telecomunicaciones y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, mientras el 70.1% de la población en México tiene acceso a las plataformas digitales, sólo 56.4% de los hogares tienen conexión fija o móvil a Internet. A esto se suma que sólo el 44.3% de los hogares dispone de computadora y los usuarios de Internet de 6 a 11 años, suman apenas 10 por ciento de los internautas.

El problema de la conectividad a internet y el acceso a las nuevas tecnologías en México se ve aún más limitado en las zonas rurales que en las urbanas en donde, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (Endutih) 2019, mientras el 76.6% de quienes viven en ciudades son usuario de internet en las comunidades rurales ese porcentaje baja hasta un 47.7%.

En el tema educativo, esto llama en sobremanera la atención porque a pesar de que el Artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que: “todo individuo tiene derecho a recibir educación laica y gratuita” y que esa responsabilidad correrá a cargo del Estado (Federación, estados y municipios), ante la falta de acceso a internet y la desigualdad, que no permite que en cada hogar se cuente con una computadora, el derecho otorgado por nuestra Carta Magna se ve coartado para un gran número de mexicanos que no cuentan con los medios para acceder a internet.

Conclusiones

Si bien es cierto, la pandemia por la Covid-19 nos agarró a todos fuera de lugar y no estábamos preparados para afrontarla, no podemos permitir que bajo ningún sentido el derecho a la educación laica y gratuita se vea violentado bajo la nueva normalidad, tenemos que buscar alternativas para que todos los niños y los jóvenes puedan gozar a plenitud de ese derecho.

Como bien lo expresaron Araos, Riquelme, Skewes, Vianna, Alvarez, Ther y Duarte, “la crisis ambiental global obliga a repensar la tragedia de los comunes como expresión del deterioro de los procesos vitales del planeta y a buscar allí el germen para la regeneración de la vida” (Araos, Riquelme, Skewes, Vianna, Alvarez, Ther y Duarte, 2019:88), bajo esa tesis, hoy tenemos el reto de construir colectivamente una estrategia poscapitalista como única alternativa para preservar la humanidad y el planeta de forma equitativa y sustentable. Construir un esfuerzo colectivo mundial desde abajo, una nueva estrategia de posdesarrollo que preserve la humanidad y la naturaleza de forma equitativa y sustentable.

No basta la profundización de las contradicciones del sistema para que este se transforme, se requiere de la fuerza social y política necesaria para realizar su cambio y enfrentar a los sectores promotores y beneficiarios del mismo.

México se equivoca si en lugar de apostarle a una política expansiva del gasto público se va por una política restrictiva con austeridad fiscal. Nuestra economía requiere que el gobierno gaste, de nada sirve que se priorice la estabilidad del tipo de cambio cuando cada día se pierden más empleos. De enero a julio de 2020, de acuerdo con información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el desempleo alcanzó los 925 mil 940 puestos de trabajo, lo que representa una caída del 4.5%. Del total de plazas perdidas, 694 mil 627, es decir 75.1%, corresponden a las permanentes y 230 mil 863 a temporales.

Aunque reconocemos el esfuerzo que gobierno mexicano ha emprendido en coordinación con la Cámara de Diputados para que se garantice el apoyo a diversos programas sociales como el de los adultos mayores y los jóvenes construyendo el futuro, consideramos que no son suficientes cuando impera en nuestro país una dependencia promedio del 70% al presupuesto federalizado por parte de los gobiernos subnacionales.

Requerimos que México, como un país soberano de su moneda, eche andar su maquinaria.

Referencias

- Araos, F. et al. (2019). La vida después de la devastación: lo común de la tragedia en territorios sociobiodiversos de Chile y Brasil. *Antropologías del Sur*, 6 (12), 87-106.
- Banco Mundial. (2020). La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor

recesión desde la Segunda Guerra Mundial. [https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii#:~:text=Junio%2008%2C%202020-,La%20COVID%2D19%20\(coronavirus\)%20hunde%20a%20la%20econom%C3%ADa%20mundial,desde%20la%20Segunda%20Guerra%20Mundial&text=A%20ra%C3%ADz%20de%20las%20graves,contraer%C3%A1%20un%207%20%25%20en%202020.](https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii#:~:text=Junio%2008%2C%202020-,La%20COVID%2D19%20(coronavirus)%20hunde%20a%20la%20econom%C3%ADa%20mundial,desde%20la%20Segunda%20Guerra%20Mundial&text=A%20ra%C3%ADz%20de%20las%20graves,contraer%C3%A1%20un%207%20%25%20en%202020.)

- Claro, R. M. (2021). ¿Cuál fue el primer caso de Covid-19 en México? A un año del paciente cero por coronavirus en la CDMX. MARCA. <https://www.marca.com/claro-mx/trending/coronavirus/2021/02/28/603baa9f268e3eff1e8b45b9.html>
- CICR. (2020). 10 mitos y verdades sobre la COVID-19. CICR. <https://www.icrc.org/es/document/10-mitos-y-verdades-sobre-la-covid-19>
- García, G. (2020). El mundo desprevenido en García M. P. y García Z. R. (coordinadores). 2020: la pandemia del capitalismo global. Machdohnil Ltd.
- Gesto, J. (2020). Más allá del COVID-19: algunas consideraciones desde el ordenamiento territorial. *Designia*, 8 (1), 9-15.
- Gobierno de México. (2020). Se declara como emergencia sanitaria la epidemia generada por COVID-19. Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal. <https://www.gob.mx/cjef/documentos/se-declara-como-emergencia-sanitaria-la-epidemia-generada-por-covid-19#:~:text=Se%20declara%20como%20emergencia%20sanitaria,Federal%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>
- El Financiero. (2021). Ya hay 8 vacunas vs. COVID en México: ¿Cuál es su efectividad? <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2021/08/18/ya-hay-8-vacunas-vs-covid-en-mexico-cual-es-su-efectividad/>
- Guillén, A. (2020). México: pandemia, crisis económica y “guerra” política en García M. P. y García Z. R. (coordinadores). 2020: la pandemia del capitalismo global (pp. 245-265). Machdohnil Ltd.
- Knight, K. K., & Kashyap, A. K. (2021). La equidad global del acceso a vacunas contra el Covid-19 también necesita un “refuerzo”. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/es/news/2021/08/21/la-equidad-global-del-acceso-vacunas-contra-el-covid-19-tambien-necesita-un>
- Montes De Oca, C. M. O. (2021). Continúa UAZ con educación a distancia. NTR Zacatecas. <http://ntrzacatecas.com/2021/09/01/continua-uaz-con-educacion-a-distancia/>
- Quezada, F. (2006). Cinco preguntas a la Hydra de Lerna. CIELAC. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Nicaragua/cielac-upoli/20120815013747/hydra.pdf>
- Ríos, A. G. (2018). Mito e historia: una revisión filosófica e historiográfica del concepto de mito para el estudio de la Grecia arcaica. *Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales*, (40).
- Rojas, C. R. (2021). Estos son los países que no han accedido a las vacunas contra el Covid-19. France 24. <https://www.france24.com/es/%C3%A1frica/20210520-estos-son-los-pa%C3%ADses-que-no-han-accedido-a-las-vacunas-contra-el-covid-19>
- Secretaría de Salud. (2020). Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/>

prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301

Suárez, K. (2021). Más de 25 millones de estudiantes mexicanos regresan a clases presenciales en plena pandemia. El País. <https://elpais.com/mexico/2021-08-30/mas-de-25-millones-de-estudiantes-mexicanos-regresan-a-clases-presenciales-en-plena-pandemia.html>

McMullen, J. M. (2021). Coronavirus: los 5 días que marcaron el destino de la pandemia en el mundo. BBC News. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55806462>

Silva-Jaimes, M. (2020). El SARS-CoV-2 y otros virus emergentes y su relación con la inocuidad en la cadena alimentaria. Scientia Agropecuaria, 11 (2), 267-277. <https://dx.doi.org/10.17268/sci.agropecu.2020.02.15>

Telemundo Digital. (2021, 2 septiembre). COVID-19 en EEUU: 175 millones de personas están completamente vacunadas. Telemundo San Diego. <https://www.telemundo20.com/noticias/salud/coronavirus/coronavirus-en-estados-unidos/vacuna-covid-coronavirus-estados-unidos-vacunaciones/2103787/>

Valadez, A. V. (2020, 20 marzo). Confirman primer caso de coronavirus en Zacatecas. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/estados/2020/03/20/confirman-primer-caso-de-coronavirus-en-zacatecas-1229.html>

Agentes Comunitários em Saúde em contexto de pandemia

Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará
Rede Unida

Agentes? Há-gentes que teimam em lutar-viver-cuidar

Agô sra. menina,
agô yá, agô babá
No EdPopSUS, chegando
Momento de me lembrar
Da minha experiência
Da minha experiência
Com a educação popular
Óia, tudo começou
Quando ainda era menina
O Escambo era de arte
Depois com a filosofia
“Aprendemo” a refletir
de maneira criativa
com as Cirandas da Vida
Juntando ciência e arte
Com o universo popular
Começamo a questionar:
nossas potencialidades,
a nossa realidade,
poderiam transformar?
Oi e viva a capoeira,
nossa ancestralidade
Com afeto, com beleza,
Aprendemos com vontade
De Zumbi a Chico Mendes
A história do Brasil
É luta por liberdade, camaradin
(Dantas, 2019)

As questões que circulam as vivências dos povos que cuidam, e lutam para que a atenção primária à saúde chegue a todas as pessoas, na perspectiva integral no Brasil, é antiga, mas um acontecimento. Importante marcador de evidências foi a ocorrida 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde cidadãos e cidadãs vindos de diferentes lugares do território brasileiro, ecoaram vozes cuja expressão máxima trazia a necessidade de reconhecer a saúde como direito do povo e dever do estado. Enfim, a emergência do reconhecimento da concepção de saúde resultante de uma série de determinantes e condicionantes, presentes na vida enquanto produção social.

A história dos agentes comunitários de saúde no Brasil se confunde com a história da sobrevivência pela vida, do cuidado à vida, no enfrentamento de calamidades públicas, entre elas, a seca, tão presente na vida dos povos que habitam o Nordeste, em meio a escassez de água e conseqüentemente, do alimento, e uma conjugação de efeitos que culminam em miséria, fome, uma situação sócio econômica sanitária tão excludente. Essa história é contada e vivida por muitas mulheres, que nos períodos de estiagem recebiam recursos emergenciais do governo, para suprir de algum modo as necessidades identificadas.

Os bons resultados apresentados a partir da inserção do agente comunitário de saúde no controle da mortalidade infantil, durante esse período de estiagem e a mobilização popular, garantiram a incorporação do trabalho desse sujeito na agenda do governo do Ceará no Brasil em 1987. Que em 1991 assume um lugar na perspectiva nacional, institucionalizado pelo Ministério da Saúde, e fica reconhecido como Programa Agentes Comunitário de Saúde (Alencar et al., 2012).

O cotidiano de trabalho do agente comunitário compõe um lugar onde existe o permanente atravessamento de mundos, com cultivo de estranhamentos em um panorama carregado de significados, onde acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, rupturas e “linhas de fuga”. Assim, a leitura desse cotidiano permite a revelação de uma teia que é tecida a partir de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho, na realidade apresentada nos serviços de saúde (Merhy, 2003).

A importância do reconhecimento do território, o que é? Como se compõe? O quê, e quem somos, aqueles capazes de enxergar? Que políticas

públicas têm sido garantidas no território brasileiro, para garantia do cuidado integral, com observação das necessidades e desejos do povo? Essas questões reafirmam o vocalizado em 1986 pela parteira Joan,a que na representação do movimento social se posicionou expressando com precisão, trilhas a serem perseguidas. “Assim o povo não vai, não pode sobreviver. Sem terra prá se plantar e sem ter pão prá se comer” (<https://youtu.be/zZAHdF0fNps>).

ACS e os aprendizados com a COVID19

“toda doença é complexa,
do nascedouro ao finzinho
porque nasce em ser complexo,
não há reta nem convexo
não despreze um só caminho.”
(Ray Lima)

O poema de Lima nos convida a pensar na processualidade com que saúde e doença, e os modos de lidar com estas questões na vida, são complexas e, portanto, o quão precisamos acessar uma diversidade de saberes (disciplinados e não disciplinados), para produzir respostas efetivas ao quadro apresentado. Os agentes comunitários de saúde, andarilhos de tantos territórios, e reconhecidos como articuladores do cuidado, produziram muitos elementos com o vivido, nesta e em tantas outras emergências, em que vozes periféricas, subalternizadas, de gente marginalizada num mundo globalizado, em que o capital dita regras de vivência e convivência.

Uma das questões importantes a serem pensadas é sobre o aprisionamento dos corpos, entre modelos idealizados, prescritos no âmbito do cuidado. Que linguagens temos nos apropriado para cumprir esse papel de aprisionar? Muitas vezes somos até capturados, sendo este um dos desafios apresentados ao ACS, como sujeito popular, que muitas vezes reproduz a linguagem dos demais profissionais da equipe. Esse é um dos feitos daqueles ACS que não se rendem, e mais que isso, traduzem cotidianamente com singularidade, os modos de cuidar reinventados. A arte desenhada, pintada, as várias perspectivas assumidas de expressão, podem além de afirmar a potência dos corpos que habitam esse cotidiano popular, produzir satisfação de necessidades pelo reconhecimento dos poderes locais.



A obra de arte acima foi produzida pela agente comunitária de saúde Maria Eliene Magalhaes que atua na unidade básica de saúde Frei Tito de Alencar, situada na periferia no município de Fortaleza. Expressa em cores e ações a coragem necessária assumida para cuidar da comunidade em tempos de COVID19. Retomo aqui uma expressão freireana para encorpar a leitura trazida pela ACS, artista, sujeita epistêmica, quanto a importância do ato de ler, afinal Freire nos chama atenção, para os diferentes modos de ler, entender o mundo. Sem sombra de dúvidas, a leitura de mundo precede a leitura das palavras.

Essa imagem traz consigo o conhecimento que o ACS tem do território, e seus atravessamentos. Leituras necessárias que reconhecem a dimensão física e existencial desse território. Foi um tempo de reconhecer a composição de forças que pautam a existência local, e os movimentos de resistência, que possibilitaram e possibilitam os enfrentamentos, daí a nomeação “Pronta para batalha”.

Essa e tantas outras produções também tem revelado que a produção do conhecimento, não pode ser desintegrada, arte-ciência-filosofia são construtos potentes, no diálogo e constituição da vida, e sobretudo, quando a pauta que é matriciadora de tantos encontros, é o cuidado.

A pandemia da COVID19 escancarou algo visto e vivido por muitos, mas invisibilizado, inaudível por tantos, muitos outros. Os ACS, como muitos

trabalhadores e trabalhadoras da atenção básica à saúde, foram desrespeitados em seu direito, enquanto trabalhador em muitos locais do país. Sabemos que uma das questões circunstanciais vividas, foi a falta de equipamentos de proteção (EPI), e para estes profissionais os insumos demoraram a chegar. Mas como chama atenção Eliene, a convocação para batalha foi assumida por muitos.

Infelizmente, entre esses outros que não escutam, não acolhem o expresso pelo ACS e o povo em território adscrito. Sob a responsabilidade deste trabalhador, está uma quantidade expressiva dos tomadores de decisão, isto posto nos cobra posicionamentos, e reflexões, sobre a égide das dimensões macro e micropolítica, que são necessárias e urgentes.

A participação social e popular sempre em disputa no campo da saúde fez com que a opção de determinados governos, fosse investir no silenciamento dos corpos. Curiosamente, a primeira política desfinanciada após golpe parlamentar no Brasil, em 2016, foi a intitulada simbolicamente, “Brasil sorridente”, e a segunda foi a política de Saúde Mental. Em 2017 vamos acompanhando as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, que desobriga a presença do ACS na composição das equipes de saúde da família, estratégia brasileira de modelo de atenção primária à saúde.

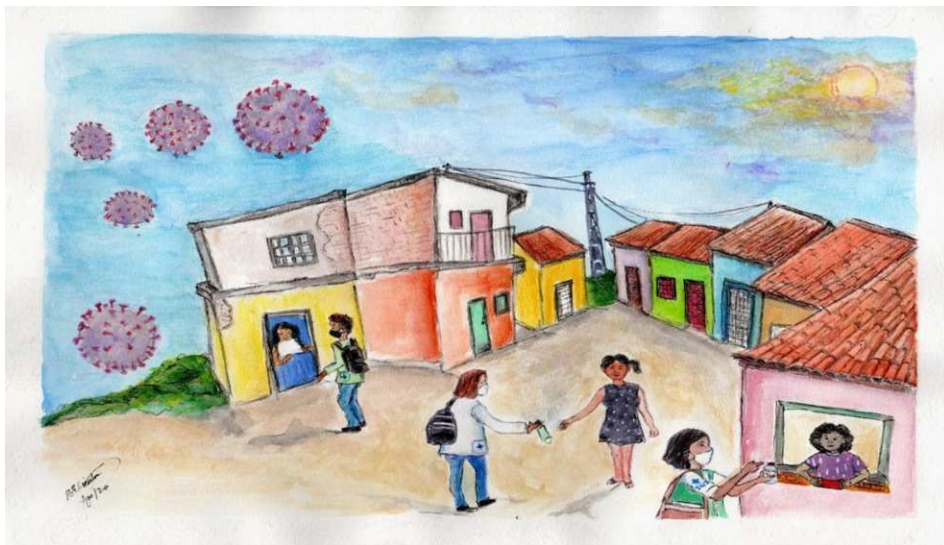
Tem sido um tempo de reafirmar princípios doutrinários (integralidade, universalidade e equidade), e diretrizes (descentralização, hierarquização/regionalização, participação social) do Sistema Único de Saúde, e a defesa da nossa democracia.

As lentes epidemiológicas têm apontado que a distribuição desigual da violência está presente nas mesmas regiões, onde ocorrem outras doenças de determinação social. Os territórios concentrados em assentamentos precários, relacionados a condições sociais vulnerabilizadas de vida das populações, bem como as segregações e desigualdades na cidade, foram também alvo da mortalidade por covid19.

Coincidência? Podemos questionar? Obviamente que não, análises das tramas sociais tecidas nos revelam algo para além do aumento dos números. Revela, a importância dada pelo Estado com essas vidas. Estamos visualizando entre o quadro de violência estrutural, reveladas também as evidências da produção das vulnerabilidades em três grandes aspectos: individual, social e

programático. Vale salientar que são nesses territórios vulnerabilizados que o ACS pode se constituir como um mediador, e em muitos aspectos até redutor de danos, pelos graus de potência que seus corpos têm encontrado nos encontros com os territórios (SILVA et al., 2019).

A aquarela a seguir expressa o processo de retomada de outros profissionais ao território, que com a caminhada realizada neste momento pandêmico pelo ACS demonstrou movimentos para realizar adaptações, como exemplo expresso na arte: da visita domiciliar dentro de casa, a visita domiciliar na calçada do domicílio. Tecnologia de cuidado base do trabalho comunitário, da vida de partilha com a vizinhança.



Foi um movimento de re-territorialização plasmado num agir ético, solidário sem a imposição do distanciamento social, mas com a conversa sobre a necessidade e os modos de implementá-lo.

Das (trans)formações necessárias para produção do cuidado pelo ACS

Santos (2020) nos chama atenção sobre os aprendizados com o que nomeou de “a cruel pedagogia do vírus”, e a emergência de um outro invisível com poderes diversificados por não ser reconhecido a partir de uma forma própria.

Se já era desafiador pensar numa formação para o ACS, pela multiplicidade com que este sujeito se apresenta e ocupa o território do cuidado como usuário, e trabalhador(a) do mesmo serviço que está situado na mesma comunidade que é morador, vizinho(a), produtor de “causos” locais. Com a covid esses desafios foram ampliados por trazer à tona problemas cronicados, negligenciados, pautados pelo viés tecnicista, e que agudizaram, necessitando de respostas assertivas, no processo de assumir o cuidado. Politicidade e criticidade condicionantes primordiais do processo. A inserção de processos críticos que além de valorizar linguagens diferentes, as atravessem com toda carga epistêmica, que sujeitos enquanto viventes num mundo têm e por determinadas situações não as traduzem nas experimentações cotidianas.

É necessária uma formação para esse sujeito, que contribua efetivamente com a produção da vida, entendendo-se que saúde e doença estão presentificadas nesta, em processos, como nos evidencia estudo ao reforçar a ideia de que no processo de ensino e aprendizagem, para aprender é preciso está presente com a integralidade, inteireza do corpo e as múltiplas conexões, que esse mesmo corpo carrega em si (Dantas et al., 2020).

Incluir a multidimensionalidade humana poderá fabricar processos de formação em saúde, como lugar de pensar a constituição de outros mundos possíveis, e que agentes comunitários de saúde podem mediar tantos espaços, como protagonistas que são em muitos lugares, no trabalho e vida comunitária.

Referências

- Alencar, O. M. et al. (2012). Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no controle da hanseníase. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13 (1), 103-113.
- Dantas, M. A. et al. (2020). Aprendizagens com o corpo todo na (trans)formação de educadores (as) populares do Curso Livre de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS). *Interface (Botucatu. Online)*, 24, 1-18.
- Lima, R. (2008). Mais uma oca comunitária é inaugurada em Fortaleza-CE. *Rede Humana SUS*. <https://redehumanizasus.net/4196-mais-uma-oca-comunitaria-e-inaugurada-em-fortaleza-ce/>
- David, P. L. (2016). Oitava: a conferência que auscultou o Brasil. YouTube. <https://youtu.be/zZAHdF0fNps>
- Dantas, M. de A. (2019). O aprendizado sentido no corpo, uma potência de cuidado, escuta e cura: a (trans)formação dos/as educadores/as populares do EdPopSUS Ceará. 119f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Merhy, E. E. (2003). O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec.

Silva, M. R. F. da et al. (2019). Essas ruas que são perigosas: a violência inviabilizando acesso da população à atenção primária a saúde. Trabalho apresentado no VII Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.



Fotografía: Eliud Torres

Sociocuidados territoriales mexicanos

Eliud Torres Velázquez
Psicólogo social, doctor en Desarrollo Rural
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco – México

Introducción

Desde hace algunos años, se venía advirtiendo que en la humanidad estábamos ya viviendo una crisis civilizatoria multidimensional, como consecuencia de la intensificación del capitalismo que saquea y depreda insaciablemente; crisis ecológica, económica, social y política que en los mundos rurales latinoamericanos se acentuó con la pandemia en torno a los cuidados, los alimentos, los extractivismos, las violencias, los individualismos y las disputas territoriales (Grupo de Trabajo Estudios Críticos del Desarrollo Rural, 2020). Buscando respuestas, caminos distintos y soluciones alrededor de los efectos causados por la prolongada pandemia, se han resaltado saberes ancestrales, formas organizativas sociales, prácticas políticas, orientaciones colectivas y experiencias comunitarias subestimadas por la perspectiva hegemónica del sistema-mundo pero que, pueblos y organizaciones latinoamericanas han profundizado desde perspectivas situadas para contrarrestar adversidades recrudescidas. Las praxis relacionadas con los buenos vivires y las cosmovisiones de los pueblos originarios de Abya Yala, como el *lekil kuxlejal* entre los tseltales mayas (Paoli, 2003) o el *Sumak kawsay* entre los pueblos andinos (Hidalgo & Márquez, 2015), son un ejemplo de cómo estos otros saberes proporcionan elementos menos antropocéntricos y más interrelacionados respecto a la salud, los cuidados y el virus para comprender-nos en estos tiempos disruptivos e inciertos.

Cuando de territorios urbanos se trata, las implicaciones y acciones locales adquieren lógicas y posibilidades distintas pues, para sostener la vida de millones de habitantes en las ciudades, la dependencia para garantizar el suministro de bienes naturales esenciales, como los alimentos y el agua, ha sido mucho más evidente durante las cuarentenas obligadas. Aunque la accesibilidad a recursos

tecnológicos para acortar distanciamientos físicos, realizar el teletrabajo y la educación a distancia, así como para obtener información médica, sobre el virus y acontecer mundial, distraigan y hagan parecer lo contrario en las ciudades. El confinamiento masivo en las grandes urbes y la suspensión de la movilidad internacional han tenido un gran impacto en la economía mundial, aunque quizá de una magnitud menor a las diversas maneras en que está influyendo, esta prolongada pandemia, en las percepciones sobre la globalidad del destino humano, las subjetividades, relaciones sociales y perspectivas sanitarias.

Particularmente en México, la pandemia inició con diversas condiciones particulares en infraestructura, características demográficas y socioeconómicas que, al paso de las semanas y meses, han sido determinantes para gestar números bastante altos de personas contagiadas, enfermas y muertas por la covid-19. Combinación de elementos que hizo de México uno de los países a nivel mundial con mayor número de personas fallecidas por complicaciones asociadas a la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, tanto de población en general como entre el personal de salud que atiende la emergencia. Por otra parte, y al igual que el imperceptible virus para la vista humana que sí existe, enferma y mata, las cuestiones psicológicas, mentales, subjetivas o emocionales se han mostrado explícitamente y en muy diversas manifestaciones, adquiriendo gran interés en la sociedad e importancia en los discursos públicos, ya no solo entre los especialistas quienes habitualmente hemos visto desdeñar la atención de la salud mental/psicológica/emocional en comparación con la salud física por su aparente invisibilidad.

Aunque en muchas ocasiones y por diversas causas ningún aspecto de la salud es atendido, con lo que la recuperación de la capacidad de sanar de la salud (AA. VV., 2016) ha sido puesta sobre la mesa de la humanidad por el nuevo coronavirus. Situado entre la Ciudad de México y la ruralidad chiapaneca, en el presente texto se desglosan ideas respecto a trastocamientos en la salud, los cuidados, la educación, los derechos humanos, la organización comunitaria y la defensa de los territorios antes, durante y después de la pandemia, aspectos que atraviesan a las sociedades mexicana y latinoamericanas en general, y con particular atención en los sectores infantojuveniles. Valga decir desde ahora que las reflexiones aquí desarrolladas, están motivadas más por intuiciones y contextualizaciones gestadas entre las vivencias personales, prácticas profesionales e intercambios colaborativos sucedidos

durante estos meses de pandemia que por rigores teóricos-metodológicos, con la intención de profundizar en aspectos coincidentes con el resto de dialogantes en el próximo nuevo ciclo de conversaciones y con el texto introductorio “Desayunos latinoamericanos de sociocuidado: Diálogos emancipatorios en tiempos de enfermedad y muerte” como referente.

Cuando la pandemia nos alcanzó

Haciendo referencia a lo que sucedía en Wuhan, China, la llegada del coronavirus a territorio mexicano fue anunciada con un par de meses de antelación por el gobierno federal, siendo en marzo del 2020 cuando formalmente comenzaron las medidas restrictivas y emergencia sanitaria para intentar detener los contagios que lentamente comenzaban a crecer. Algo parecido habíamos vivido los habitantes de la Ciudad de México en 2009, cuando la aparición del virus H1N1 que provoca la Influenza tipo A, hizo suspender las clases en todos los niveles y muchas actividades públicas, así como los abrazos y contactos físicos en la zona metropolitana del centro del país. Meses después de iniciada la actual pandemia, nos dimos cuenta y supimos que el virus SARS-CoV-2 era más letal y masivo, dejándonos sin los mínimos referentes y en la total incertidumbre sobre lo que vendría, más aún al enterarnos de lo que ya sucedía en China y Europa a causa del coronavirus. España e Italia impotentes viendo morir por cientos a las generaciones más viejas, ancianos indefensos ante los estragos del virus y hospitales desbordados sin capacidades para atender a todos los enfermos; temerosos e incrédulos mirábamos las imágenes de cuerpos seniles con respiradores en camillas siendo atendidos en parques y banquetas, pues por instantes parecía nuestro propio futuro.

Así, México inicia formalmente la pandemia como gran parte de los países que aplicaron directrices neoliberales en sus sistemas de salud pública, con servicios hospitalarios desmantelados gracias a las políticas orientadas a privatizarlo todo, incluyendo por supuesto la precarización laboral del personal de salud y con insuficientes especialistas en enfermedades respiratorias. En los discursos oficiales gubernamentales, la cobertura médica está garantizada para toda la población a través de servicios gratuitos básicos complementados con programas sociales, sin embargo, enfermarse en México resulta muy caro por

lo que las personas en muchas ocasiones atienden su salud solo en situaciones de dolor y urgencias. La endeble infraestructura del sistema público de salud de las últimas décadas, ha sido una oportunidad para que empresas farmacéuticas ofrezcan servicios médicos baratos, en un esquema que incluye la consulta y la venta del respectivo medicamento similar o genérico recetado a bajo costo; las condiciones laborales precarias en el sistema público se repiten para los médicos en este tipo de consultorios privados.

Por otra parte, la población mexicana vio llegar al virus que causa la covid-19 con altísimos índices de obesidad, hipertensión y diabetes, enfermedades que merman mucho la respuesta inmunológica en quienes se han contagiado. Si los ancianos han sido los más vulnerables, en México se suman las personas con alguna comorbilidad, producidas por la deficiente alimentación y escaso ejercicio físico en amplios sectores de la población mexicana, tanto urbana como rural. Según el gobierno de México, el 70% de los mexicanos padece sobrepeso, casi una tercera parte sufre de obesidad y una quinta parte de niñas y niños con menos de 5 años tiene riesgo de padecer sobrepeso (INEGI, 2020); además, México es el primer consumidor de refrescos en el mundo, lo que da una idea de las condiciones saludables de la población cuando llegó el coronavirus a territorio mexicano.

Las características socioeconómicas mexicanas también han sido propicias para que la transmisión del virus se mantenga activa, al principio de la pandemia se concentró en los espacios urbanos y meses más tarde ha ido dispersándose en la ruralidad, pues amplios sectores económicamente activos ganan el sustento día a día y trabajan en el comercio informal, actividades callejeras y en el contacto permanente con la gente, haciendo imposible la consigna de quedarse en casa. En las ciudades es el comercio pequeño y ambulante, así como la venta de comida rápida y de servicios, mientras que en la ruralidad los contagios han ido llegando más lentamente, pero presentándose con frecuencia en zonas turísticas, pues es una de las principales actividades nacionales de ingresos económicos.

Los anteriores aspectos nacionales son centrales para comprender el devenir heterogéneo de la pandemia a lo largo y ancho del territorio mexicano, la cual también ha estado permeada por las relaciones exteriores establecidas por el actual gobierno, debatiéndose entre fortalecer la relación con Estados Unidos al mismo tiempo que con gobiernos latinoamericanos de orientación

progresista. El presidente López Obrador, fue muy criticado en julio del 2020 por visitar Estados Unidos en medio de altísimos índices de contagios-enfermos-muertos para agradecerle al gobierno estadounidense haber facilitado insumos médicos, mientras que por los mismos días, Donald Trump proclamaba discursos beligerantes hacia los migrantes mexicanos diciendo que ellos eran quienes propagaban el virus en la frontera compartida, además de azuzar a la opinión pública estadounidense en torno a la construcción de un muro fronterizo (pagado por México, según Trump) para detener el paso ilegal.

Migración que no solo es de mexicanos, pues cada vez más se desborda el flujo de personas por la frontera sur mexicana en Chiapas, provenientes principalmente de países centroamericanos y caribeños, pero también africanas y asiáticas, a quienes se les ha frenado su paso violentamente para ser detenidos por agentes mexicanos de migración ante las presiones estadounidenses. En estas miradas hacia el sur del continente americano, el gobierno mexicano ha venido estableciendo alianzas con gobiernos llamados progresistas o de izquierda: con Argentina para producir vacunas, con Bolivia rescatando a Evo Morales luego de ser derrocado, con Cuba para el intercambio de personal médico, con Venezuela siendo sede de negociaciones entre gobierno y opositores, y con el Caribe para brindar ayuda solidaria.

En febrero del 2021, en el pleno de las Naciones Unidas, la cancillería mexicana exigió la distribución mundial equitativa de las vacunas y la reducción del acaparamiento por parte de los países más ricos; medio año después, diversos países anuncian que van por la tercera dosis de vacuna para sus habitantes mientras que en muchos otros países no ha empezado la primera ronda de inmunizaciones. En septiembre del 2021 ha iniciado el regreso a clases presenciales, pese a que el 09 de septiembre, la Organización Panamericana de la Salud afirmó que México es el país de América que reportó más fallecimientos por Covid-19 en las últimas 24 horas²⁰. Cuba, con más del 50% de su población con al menos una dosis de vacuna administrada pese a padecer el recrudecimiento del bloqueo económico estadounidense, entra en la recta final de su plan nacional de vacunación y se alista a ser el primer país del mundo en vacunar a las niñas y niños menores de 12 años²¹.

20 <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/09/09/politica/mexico-el-pais-de-america-con-mas-muertes-por-covid-en-ultimas-24-horas-oms/>

21 <http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/09/06/avanza-la-vacunacion-masiva-en-cuba-cuales-son-los-proximos-pasos/>

Disputas territoriales sin cesar en tiempos de pandemia

Desde una perspectiva geopolítica crítica que no pierde de vista los territorios, procesos y actores locales (Rodríguez, 2015), a continuación se resalta cómo el gobierno mexicano encabezado por Andrés Manuel López Obrador durante la pandemia se ha empeñado en impulsar proyectos capitalistas de desarrollo que, por su carácter extractivo, explotador y depredador entran en conflicto con pueblos, comunidades y organizaciones locales en diversas regiones de México, tales como el Tren Maya, el Corredor Interoceánico del Istmo de Tehuantepec, el nuevo aeropuerto en el Estado de México, la minería y múltiples megaproyectos neoliberales (Gasparello & Núñez, 2021; López, 2021; López & Rivas, 2020). Extractivismos que se intensifican mermando aún más la salud de las personas y los cuidados comunitarios, pues la violencia, el saqueo del agua, la contaminación y depredación del entorno natural provocadas por las actividades mineras y para el avance de los megaproyectos, son daños menores o colaterales al beneficio de la reactivación económica que traerán dichas infraestructuras, según el gobierno.

Así que la defensa y cuidados de los territorios en los mundos rurales se complica en tiempos de pandemia, sobre todo en los estados más empobrecidos como Guerrero, Oaxaca y Chiapas donde hay amplias zonas sin acceso a telecomunicaciones e internet, imposibilitando a niños, niñas, adolescentes y jóvenes el desempeño de las clases virtuales y a la población en general la obtención de información fidedigna y en sus idiomas sobre el virus. Esto ha dado cabida a informaciones falsas que ha detonado situaciones absurdas, como en junio del 2020, cuando en algunas comunidades rurales de Chiapas pobladores han agredido a personal médico, destrozado una clínica comunitaria y la quema de una ambulancia ante informaciones falsas sobre el virus transmitidas vía whatsapp. Un año después, en muchos pueblos indígenas los habitantes se niegan a recibir la vacuna por temores infundados por las desinformaciones, haciendo de Chiapas el último lugar nacional de población vacunada y con opacidad del gobierno para proporcionar información oficial²².

Eso se ha contrarrestado localmente, donde hay organización sociopolítica y comunitaria, con medios de comunicación autogestivos para

22 <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2021/07/mejor-que-me-recoja-dios-y-no-el-kaxlan-el-que-viene-de-fuera/>

producir informaciones verídicas en lenguas originarias y bajo formatos acordes a cada contexto y perspectiva, pues puede ser impreso en folleto, periódico o fanzine, digital en infografía, documento o mensajes cortos, en tanto que audios se producen cápsulas, radios comunitarias y mensajes de voz para teléfono celular. Instrumentos mediante los cuales se difunden datos, recomendaciones, guías y manuales que recuperan los saberes ancestrales para prevenir contagios y brotes, así como para hacer frente a la enfermedad y muerte por la covid-19. Diversas experiencias sociales y políticas, más rurales que urbanas, muestran la importancia de que la gente se esté organizando en las localidades, comunidades, pueblos, barrios y colonias para instalar filtros sanitarios de acceso a sus territorios, detección oportuna de casos, seguimiento a enfermos, compartición de cuidados y resolución de necesidades inmediatas y básicas.

Desplegando sus estructuras locales, las organizaciones populares, las que construyen autonomía y las que defienden sus territorios enfrentan colectivamente tantas condiciones adversas agudizadas por la pandemia. Al igual que en el resto de Latinoamérica, diversas colectividades han impulsado ollas populares, brigadas de seguridad sanitaria y para la salud comunitaria, donde mujeres y jóvenes tienen un lugar central en la gestación de prácticas organizativas inéditas y alejadas de las viejas formas tradicionales de hacer política que refieren al Estado y a los partidos políticos. En México, si bien las organizaciones campesinas, urbanas-populares y defensoras de derechos humanos se han mantenido críticas al Estado, es la irrupción del zapatismo en 1994 que le dio vitalidad a los movimientos sociales visibilizando a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos y capaces de su autodeterminación, con saberes y prácticas ancestrales tan diversas como las experiencias de los pueblos en movimiento que hoy enfrentan al coronavirus (Zibechi, 2020).

En marzo del 2020, los zapatistas declaran alerta roja en sus territorios autónomos y se repliegan para que sus autoridades civiles, promotores de salud y de educación, pudiesen concentrarse en los trabajos comunitarios de prevención para evitar los contagios. Después de medio año, en octubre han informado que doce integrantes de sus comunidades han muerto con algún síntoma de la covid-19, por lo que no relajan las medidas sanitarias colectivas que incluye la producción y distribución de cubrebocas y caretas. En septiembre del 2021, han salido en avión

rumbo a Europa más de cien zapatistas para continuar con la gira “La travesía por la vida” iniciada por el Escuadrón 421, integrado por siete zapatistas que llegaron en junio a Galicia después de un viaje en barco que duró cerca de dos meses²³. Así como los cuidados colectivos, en el sureste mexicano la creatividad política autónoma e internacionalista tampoco cesa en tiempos de pandemia.

Volviendo a la Ciudad de México, en las comunidades de la Organización Popular Francisco Villa de Izquierda Independiente²⁴ (OPFVII) la pandemia ha sido enfrentada desde las comisiones de salud, educación, vigilancia y comunicación (Pizaña & Lozano, 2021). Cuando alguien se ha contagiado o enfermado, la implementación de acciones comunitarias es fundamental: las medidas sanitarias, el seguimiento médico, la provisión de enseres básicos y el apoyo emocional colectivo. En mayo del 2021, organizaron “Rífatela por la salud” para reunir recursos económicos destinados a la adquisición de concentradores y tanques de oxígeno que equiparán a las casas de salud comunitarias donde atienden a los enfermos por covid-19²⁵. La experiencia de la OPFVII, emanada del movimiento urbano popular mexicano del siglo pasado, articula las estructuras locales de cada una de sus ocho comunidades y las generales organizacionales para lograr viviendas dignas. Lograr tal derecho, es el punto de partida en la construcción de un proyecto de vida colectiva que rompa con las condiciones pauperizantes impuestas por el capitalismo urbano en la CDMX, siendo catalogada por Zibechi (2021, p. 23) como una de las experiencias autónomas urbanas más formidables de América Latina.

En los espacios urbanos donde no hay organización social, política o vecinal es más difícil hacer comunidad pero, aunque se pierden en la inmensidad de los más de veinte millones de personas que convivimos en la zona metropolitana de la Ciudad de México, durante la pandemia han crecido las prácticas de agricultura urbana, el trueque y la economía solidaria. Para quienes ha sido posible quedarse en casa a trabajar o estudiar virtualmente y ante la prolongación de los confinamientos, como vecinos de condominios, unidades habitacionales, barrios y colonias se conocen, encuentran y reencuentran para convivir y resolver situaciones ordinarias que antes no atendían por pasar mucho tiempo fuera de casa.

23 <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/2021/09/08/itinerario-de-la-extemporanea/>

24 Con quienes colaboro desde 2013 impulsando la participación política infantil, haciendo psicología individual y comunitaria además de facilitar reflexiones colectivas y diálogos de saberes.

25 <http://opfvii.org/2021/05/06/rifatela-por-la-salud/>

Tal convivencia cotidiana intensificada, también hace aparecer las riñas vecinales y los desencuentros comunitarios, violencias públicas que reflejan las privadas de cada hogar, donde las agresiones machistas hacia las mujeres y adultocéntricas hacia las niñas se han multiplicado, al igual que el consumo de sustancias, la deserción escolar, el desempleo y las conflictividades emocionales entre la población infantojuvenil. Si durante el 2018 casi la mitad de las personas fallecidas por suicidio en México eran menores de 29 años (INEGI, 2020), en tiempos de pandemia todas las cifras han crecido arrojando cerca de 8000 suicidios en el total de la población mexicana durante el 2020, reportan las autoridades como datos preliminares (INEGI, 2021). Y es que tanto como los adultos y ancianos, niños, niñas, adolescentes y jóvenes han experimentado desgaste emocional e intelectual, malestares psicológicos por miedo a contagiarse, enfermarse gravemente y morir; incertidumbre familiar, escolar y laboral, estrés por crisis económica, irritabilidad por falta de socializaciones y ansiedades que han ido fluctuando en intensidades a lo largo de la pandemia, pero que sin duda serán un gran reto atender cuando sucedan los desconfinamientos totales y se puedan detectar.

Desconfinamientos, cuidados colectivos y territorios en la postpandemia

Después de tantos meses con múltiples estímulos estresantes al mismo tiempo, el cansancio mental, emocional o psicológico, los estados de ánimo inestables, los insomnio y trastornos de sueño, las ansiedades y tristezas, así como los duelos inconclusos por pérdidas de seres queridos y también materiales por las dificultades económicas, están muy presentes en las personalidades, las relaciones interpersonales, familiares, sociales y políticas. La salud mental, psicosocial, emocional o bienestar subjetivo, se vuelve igual de tangible que el coronavirus ante la inédita situación pandémica de permanente preocupación y perplejidad, pues las expresiones conductuales y verbales de malestares psicológicos se explicitan y multiplican tanto en las urbes como en las ruralidades. Si estos aspectos subjetivos los relacionamos con los físicos narrados al inicio del texto que predominan en la población mexicana, será posible trazar una imagen más completa de cómo las personas han vivido la pandemia trastocándose su vida personal y colectiva, así como para insinuar los retos que vendrán de atención a la salud y los cuidados,

considerando las acciones gubernamentales que siempre parecen insuficientes e imposiciones que siempre justifican los medios.

Los confinamientos han provocado la profundización de las socializaciones en soledad mediante los dispositivos electrónicos, tanto para mantenernos bien informados y tomar las medidas necesarias de cuidados, como para sobreexponernos a los estímulos digitales que desembocan en ansiedades y pánicos. Habrá que considerar que, si al salir de la actual pandemia, podremos desconectarnos de las pantallas o, como dice Berardi (2020), vamos hacia un régimen autista de la relación afectiva y social en donde tengamos que trazar la felicidad desde la recodificación mundial que se ha puesto en marcha. De cualquier forma que pueda suceder, a lo largo de estos meses hemos podido comprobar en diversas experiencias personales y colectivas que es posible superar las dificultades de mejor manera colectivizando, ya sea desde el ámbito familiar, escolar, comunitario u organizacional donde compartamos sentipensares, recursos y estrategias para los cuidados, pero también las angustias, dolores y pérdidas ante la enfermedad y la muerte causadas por la covid-19, pues el buen morir difícilmente ha sido posible en estos tiempos de distanciamientos físicos y ausencia de abrazos.

En los hogares, habrá que trazar estrategias pedagógicas para garantizar que los niños y las niñas tengan educación formal, pero también prácticas cotidianas donde se puedan informar, charlar con ellos y compartir informaciones, que adultos les escuchen y pregunten qué es lo que están sintiendo, qué les preocupa y qué piensan de la realidad inmediata pero también sobre el acontecer mundial, fomentar el pensamiento crítico infantil (Torres, 2020). Desde la crítica al adultocentrismo, como ese poder déspota que domina y silencia a las generaciones infantojuveniles, la defensa de los cuerpos-territorios infantiles implica rechazar los maltratos normalizados en la crianza y que se han incrementados en los confinamientos por verse mermada la paciencia adulta, de por sí escasa con las inquietudes infantiles pero que, ante lo complicado de las múltiples preocupaciones, habrá que cultivar la serenidad, escucha y ternura para con los niños y las niñas.

Al igual que profundizar el combate al machismo desde la niñez, fomentando la colaboración en las tareas domésticas y de cuidados para romper las

desigualdades de género, pues la sobrecarga de trabajo productivo y reproductivo que han tenido las mujeres durante la pandemia es un tema indispensable por transformar. Evidentemente, en las condiciones de educación y trabajo a distancia no ha sido fácil pero que, en la medida en que se puedan cultivar las responsabilidades y cuidados mutuos desde las capacidades y comprensiones singulares por edad, será posible crecer con referentes masculinos distintos a los que ha gestado, por ejemplo, el incremento de las violencias patriarcales, los feminicidios y los suicidios varoniles.

Habrá que poner atención a la diversidad de posibilidades que se abren, desde los diversos espacios de socialización, para comprender y enfrentar situaciones que de manera permanente se han intercalado entre los hogares y los medios de comunicación. Materializar intencionalidades adultas por compartir medidas de seguridad, protección, reflexiones, emociones y pensamientos críticos para hacernos una lectura amplia de lo que sucede y cómo tomar decisiones dialogando con las generaciones más jóvenes. Ellos tienen un cúmulo de sentires, opiniones y propuestas que ante preocupaciones adultas no tienen cabida, por lo que hay que fomentar la escucha al interior de las familias, escuelas, comunidades y organizaciones para luego aportar elementos críticos sobre cualquier cosa o situación.

Las consultas infantiles en tiempos de pandemia han sido un ejemplo de la indispensable escucha adulta para comprender y aprender de las experiencias infantiles pues, cuando a una niña indígena en Los Altos de Chiapas le da miedo no tener qué comer (Melel Xojobal, 2020), nos ilustra lo tremendo que puede ser la vivencia infantil a la que habrá que poner disposición para reducir su impacto a mediano plazo. Así, a partir de poner atención crítica en nuestras relaciones intergeneracionales para reconectarnos sensiblemente, desde las colectividades podemos hacer confluir esfuerzos, intenciones e intereses para impulsar las transformaciones necesarias y apremiantes de la realidad, más allá de la inmediatez pandémica, para mirar las causas profundas y las consecuencias más invisibles que vendrán. Alentar, y más aún acompañar con educaciones emancipatorias, a las jóvenes generaciones para gestar cambios en las prácticas e ideas que los adultos y gobiernos hemos estado repitiendo en las últimas décadas, pues las perspectivas transgresoras de niñeces y juventudes son aires frescos y francos para las transformaciones que la humanidad requiere en la postpandemia.

Partiendo de la crítica a la idea del autocuidado para preferir los sociocuidados, cuidados colectivos e intergeneracionales que romper con los discursos neoliberales de individualizar y culpabilizar a los sujetos, se reafirma la viabilidad de la estrategia colectiva-comunitaria para enfrentar al coronavirus y restablecer equilibrios a través de la prevención y reconexiones dentro del sistema-mundo tan interdependiente en el que vivimos. Pues, qué son las comorbilidades sino consecuencias de las desconexiones y excesos administrado al cuerpo, las subjetividades y emociones en estilos de vida que desatienden las corporalidades, emociones, pensamientos y relaciones; pero también son imposiciones del sistema económico mundial neoliberal que pauperiza a amplios sectores de la población.

Por lo que habrá que recuperar el cariño (Grillo & Rengifo, 2017) a la tierra, a la naturaleza, a los territorios incluyendo las corporalidades, hacer de la ternura subversión en las relaciones interpersonales, familiares, sociales y políticas ante las múltiples violencias que han crecido en pandemia pero que vienen de tiempo atrás. Cómo (re)conectar las corporalidades con las subjetividades, las juventudes con las vejezes, las territorialidades con las tierras, los espacios privados con los públicos, las socializaciones con las politicidades, las necesidades con los derechos y las individualidades con las colectividades, son algunos desafíos con fuerte impronta pedagógica, emancipatoria y libertaria. Saber que hay que recuperar nuestras capacidades para restablecer las conexiones entre cuerpo, mente y corazón es, quizá, la primera tarea post pandémica.

Referencias

- AA. VV. (2016). *Sanar de la salud. Recuperando nuestra capacidad de sanar*. México: El Rebozo.
- Berardi, F. (2020). *El umbral*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Gasparello, G. & Núñez, V. (Coords.). (2021). *Pueblos y territorios frente al tren maya. Escenarios locales, económicos y culturales*. Oaxaca: Centro Intradisciplinar para la Investigación de la Recreación AC.
- Grillo, E. & Rengifo, G. (2017). *Recuperar el cariño*. México: El Rebozo.
- Grupo de Trabajo Estudios Críticos del Desarrollo Rural. (2020) *Declaración frente a la pandemia del Covid-19 en los mundos rurales latinoamericanos*. 10 de agosto 2020, Grupo de Trabajo CLACSO. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponible <https://www.clacso.org/declaracion-frente-a-la-pandemia-del-covid-19-en-los-mundos-rurales-latinoamericanos/>

- Hidalgo, F. & Márquez, A. (Coords.). (2015). *Contrahegemonía y buen vivir*. México: UAM Xochimilco.
- INEGI (2020). Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad. Comunicado de Prensa Núm. 528/20, 11 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf
- INEGI (2020). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de Prensa Núm. 422/20, 08 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- INEGI (2021). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de Prensa Núm. 520/21, 08 de septiembre de 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- López, F. (Coord.). (2021). *Indigenismo, violencia y despojo: Entre la lucha por la autonomía indígena y el acoso neoliberal*. Oaxaca: Centro Intradisciplinar para la Investigación de la Recreación AC-Pez en el Árbol.
- López y Rivas, G. (2020). *Pueblos indígenas en tiempos de la Cuarta Transformación*. México: Bajo Tierra Ediciones.
- Melel Xojobal. (2020). ¿Cómo viven las niñas, niños y adolescentes de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas la pandemia del Coronavirus? [Informe Final]. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: Melel Xojobal A.C., Desarrollo Educativo Sueniños A.C. y Tierra Roja Cuxtitali Centro Comunitario A.C.
- Paoli, A. (2003). *Educación, autonomía y lekil kuxlejal: Aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los tseltales*. México: UAM Xochimilco.
- Pizaña, C., & Lozano, E. (2021). *Acapatzingo: el otro mundo en medio de la Ciudad de México*. Portal Desinformémonos. https://desinformemonos.org/acapatzingo-el-otro-mundo-en-medio-de-la-ciudad/?fbclid=IwAR0C-8PoO3YZsKEnfjHqz2beARbD_KtErGjkUi0aEdwnUrdHZb2gGV6PziA
- Rodríguez, C. (2015). *Geopolítica del desarrollo local. Campesinos, empresas y gobiernos en la disputa por territorios y bienes naturales en el México rural*. México: Ítaca-UAM Xochimilco.
- Rodríguez, C. (2020). *Defender los territorios frente al despojo. Luchas socioambientales y disputas de proyectos de sociedad en México*. México: UAM Xochimilco.
- Torres, E. (2020). *El pensamiento crítico infantil latinoamericano ante la pandemia*. Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano, 84, Segunda Época. Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20210331020118/CuadernoPLC-N84.pdf>
- Zibechi, R. (2020). *Tiempos de colapso. Los pueblos en movimiento*. México: Bajo Tierra Ediciones-Editorial Quimantú.
- Zibechi, R. 2021. *La comunidad autónoma urbana. El mundo nuevo en el corazón del viejo*. En *Pensar las autonomías. Experiencias de autogestión, poder popular y autonomía*, coordinado por Alicia Hopkins y Cesar Pineda, 23-51. México: Bajo Tierra Ediciones.

Mirada de salud mental desde la zona de sacrificio Quintero- Puchuncaví, Chile

Marcela Nieto Rivera

Desde el punto de vista de salud pública sabemos que en la actualidad los trastornos sociometales se incrementan cada día más, al estar íntimamente relacionados con el estilo de vida que llevamos.

Como profesionales de la salud, nuestra educación se basó prácticamente en un cambio de paradigma desde un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, desde un tiempo a esta parte se le ha comenzado a otorgar a la salud mental un lugar relevante dentro de la salud como tal, partiendo desde el punto de vista que - para que esté presente - se debe dar la existencia y equilibrio de lo físico, psicológico, mental y espiritual. Por el contrario - si uno de estos componentes no está presente - este desequilibrio genera la Enfermedad. No obstante, si a esto le sumamos el riesgo psicosocial, vulneración de derechos humanos y el componente pandémico covid 19 que hemos vivido durante los últimos dos años, adosado al vivir en una zonas de sacrificio más importantes del país por tener los tres tipos de contaminación (agua, suelo y aire), la salud mental de las personas que viven en esta zona se enmarca en una situación de riesgo vital.

Como se ha manifestado en muchos estudios, los adultos adquirimos a lo largo de nuestra vida y a través de las vivencias mismas, distintos mecanismos de defensa que nos permiten manejar y afrontar de mejor forma los desequilibrios, conflictos y crisis que se nos presentan. Sin embargo, existe un grupo etario, el cual carece de estos mecanismos, que corresponde a los niños y niñas, los que se encuentran en pleno crecimiento y desarrollo. Un estudio de la “RED de infancia Chile ONG” en la zona de Quintero-Puchuncaví se vulneran 17 derechos de niños, niñas y adolescentes (de los 34 que son en total), lo cual hace más complejo el panorama, debido a que en la interna de un/a niño/a, resulta sumamente difícil entender y más aún explicar que no pueden salir a recreo desde su sala de clases, pues el aire que respiran dentro de la sala está más puro que el del patio de la

escuela y sobre todo que la contaminación que tanto daño les hace a su salud, es provocada por las empresas en donde trabajan sus padres. Que son quienes llevan el sustento día a día a sus casas.

Llama poderosamente la atención el incremento de abortos espontáneos y sobre todo los nacimientos de niños que con los años presentan trastornos del neurodesarrollo, tales como trastorno espectro autista, déficit atencional, trastornos de la comunicación y aprendizaje, los cuales, si bien por ausencia de estudios y evidencia científica no se pueden relacionar íntimamente con los niveles de contaminación, sabemos que por estudio internacionales, la exposición constante a metales pesados es uno de los factores que incide en la expresión de estos tipos de trastornos del desarrollo.

Un estudio realizado por el Servicio Regional Ministerial (Seremi) de Salud de Valparaíso dio a conocer los resultados de un estudio que confirmó la presencia de metales pesados en el suelo y polvo al interior de todos los establecimientos escolares de la comuna de Puchuncaví.

Posteriormente, en el año 2015, el Ministerio de Medio Ambiente dio a conocer un estudio que evidenció la acumulación de metales pesados en el suelo de las comunas de Quintero y Puchuncaví, elementos tales como cadmio, arsénico, cobre y mercurio, detectando sus máximas concentraciones en el entorno del complejo industrial en donde actualmente hacia el sector de las Ventanas, la termoeléctrica “Campiche” construida el año 2010 bajo irregularidades por ser una zona que permitía sólo áreas verdes. Sin embargo, de igual forma se construyó, quedando a menos de 100 metros de las casas de los habitantes de Ventanas.

Durante el mismo año, se publicó un estudio internacional que comparó las concentraciones de arsénico, cobre y otros metales de la zona con los encontrados en el entorno de otras fundiciones de cobre de otras partes del mundo, determinando que las concentraciones encontradas en la Greda y Maitenes superan significativamente los niveles que existen en las proximidades de fundiciones de cobre de países tales como Australia, Canadá y Holanda.

No obstante, el año 2018 se dio a conocer un estudio el cual analizó el riesgo de exposición humana a metales pesados en el suelo, polvo domiciliario y hortalizas cultivadas en Puchuncaví, concluyendo que existe riesgo significativo de desarrollar cáncer en los habitantes de sectores próximos al complejo industrial.

En la actualidad tanto en Chile como en Quintero- Puchuncaví en incremento de los casos de trastornos del neurodesarrollo quedan prácticamente a la deriva debido a la inexistencia de especialista en la comuna que pueda dar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento a estas patologías, además de que a nivel educativo, solo existen solo 2 escuelas especiales que reciben a estos niños, en donde actualmente existe una lista de espera por no dar abasto, sin mencionar el alto costo que tiene en el sistema de salud chileno el acudir a un especialista neurólogo a nivel particular, lo que además se agrava por la lejanía de tener que viajar a la ciudad de Viña del Mar, Valparaíso o Santiago, lo que por un tema de accesibilidad y monetaria para la mayor parte de las familias, es casi imposible.

El nivel de salud de la mal llamada “zona de sacrificio” Quintero- Puchuncaví quedó en franca decadencia al demostrarse que un hospital tipo 4 no dio abasto durante los episodios de intoxicación de año 2018 los días 21,23,24,28 de Agosto y 4,5,24,25,27 y 28 de Septiembre en donde resultaron intoxicadas más de 1.800 personas en su mayoría infantes y adolescentes con un total de 58% de las atenciones correspondientes a menores de edad, lo cual en términos estructurales nos mostró la gran necesidad de un nivel de salud que esté a las alturas de las circunstancias, debido a que en la actualidad ni siquiera contamos con una red de oxígeno establecida, sumado a la incertidumbre de no saber hasta el día de hoy a ciencia cierta qué es lo que provocó las intoxicaciones. Tampoco tenemos la certeza de que en algún momento estos episodios se podrían repetir, lo que genera un sentimiento colectivo constante de ansiedad, por no saber lo que va a pasar y que en cualquier momento todo se vuelva tornar en un caos que expongan la vida y la salud de nuestra comunidad. Es por esto que se requiere con suma urgencia un hospital con una complejidad que permita la presencia de especialistas, y además de un plan de salud integral que permita proteger y resguardar la salud en general incluida la salud mental de las personas que viven en el territorio, porque ahora, además del riesgo latente de las intoxicaciones, está también el Covid-19.

Bajo el contexto de salud se convierte en una necesidad imperante que el estado se haga responsable y reconozca que existen enfermedades derivadas de la contaminación, creando una política pública que pueda prevenir, diagnosticar, tratar y seguir de forma integral las patologías que afectan tanto la salud física como mental y que son derivadas de la contaminación en las zonas de sacrificio de Chile.

Atenção Básica em Saúde no contexto amazônico em tempos de pandemia

Júlio Cesar Schweickardt

Apresentação

O presente texto fez parte do debate no “III Desayuno Latinoamericano de Sociocuidado”, realizado em setembro de 2020 no Chile. A mesa foi dividida com os colegas Túlio Franco e Maria Rocineide Ferreira, membros da coordenação nacional da Associação da Rede Unida no Brasil. A proposta foi discutir as estratégias brasileiras no enfrentamento da COVID-19.

Naquele momento jamais imaginaríamos que teríamos uma segunda onda da pandemia, pois os dados mostravam que estávamos num relativo “controle” do vírus e a esperança estava na vacina. No entanto, não foi o que aconteceu, era uma “tragédia anunciada”, pois os cenários ainda eram preocupantes associados ao negacionismo da ciência e das recomendações sanitárias, as *fake news* e os desencontros dos diferentes níveis da gestão (federal, estadual e municipal).

Vamos apresentar o tema discutido, naquele momento, buscando atualizar a discussão com os cenários posteriores e com a produção desenvolvida nesse período. Estamos percebendo que o tempo se tornou ainda mais relativo com a pandemia. É como se o tempo ficasse em suspenso, os dias se repetiram e as informações nos davam uma ilusão de naturalização de uma situação de exceção.

Com o avanço da pandemia ficou evidente que aqueles que mais sofreram foram as pessoas em situações de vulnerabilidade, especialmente os pobres, os negros, indígenas, migrantes. Vimos o aumento da violência contra a mulher e as crianças, especialmente no ambiente doméstico. Vimos que o preconceito, a xenofobia, a homofobia ganharam força através de discursos de ódio. Além disso, naquele período víamos a floresta amazônica literalmente incendiando.

Por fim, destacamos a alegria de participar do debate e produção com parceiros do Chile, país que tive a oportunidade de viver por um período da minha

vida, quando estudei, em 1988, voltando em 1991. Nesses dois períodos, conheci a realidade do Chile e admirei o compromisso das pessoas com a democracia e pela justiça social.

O meu lugar de fala é como pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na área da saúde coletiva, situada no Norte do Brasil, cidade de Manaus, que está situada no coração da floresta amazônica. A minha área de trabalho é sobre e com as populações tradicionais como indígenas, parteiras, população negra, ribeirinhos (pessoas que vivem nas margens dos rios da Amazônia), e também com as políticas públicas como a saúde ribeirinha, Atenção Primária em Saúde (APS) e Educação Permanente em Saúde (EPS). Nesse momento da escrita, estamos acompanhando os municípios no planejamento das ações em saúde.

Por uma igualdadade que reconheça as diferencias
Tenemos derecho a ser iguales
cuando nuestra diferencia nos hace inferiores;
y tenemos derecho a ser diferentes
cuando nuestra igualdad nos desnaturalice.
De ahí la necesidad de una igualdad
que reconozca las diferencias
y una diferencia que no produzca,
alimento o reproduzca desigualdades.
(Boaventura de Sousa Santos, 2021)

Temos muitas diferenças em nosso país e no mundo, mas essas diferenças não podem colocar qualquer pessoa e qualquer povo em situação de inferioridade. Não podemos jamais naturalizar as desigualdades e as iniquidades em saúde que existem e que foram criadas por modelos políticos e econômicos, como o sistema neoliberal. A pandemia de COVID-19 revelou que as desigualdades matam e tornaram as pessoas mais pobres e isoladas socialmente. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2021, p. 103), nada mais mentirosa a ideia de que o novo coronavírus democratizou o direito de matar, pois o vírus não foi “indiferente ao estatuto social das vítimas”. Segundo o sociólogo português, o vírus revela e aprofunda as “veias abertas”, lembrando do clássico livro de Eduardo Galeano, mostrando que as desigualdades não só criam pobreza, mas também matam.

Figura 1. Território na Amazônia, município de Tefé, estado do Amazonas.

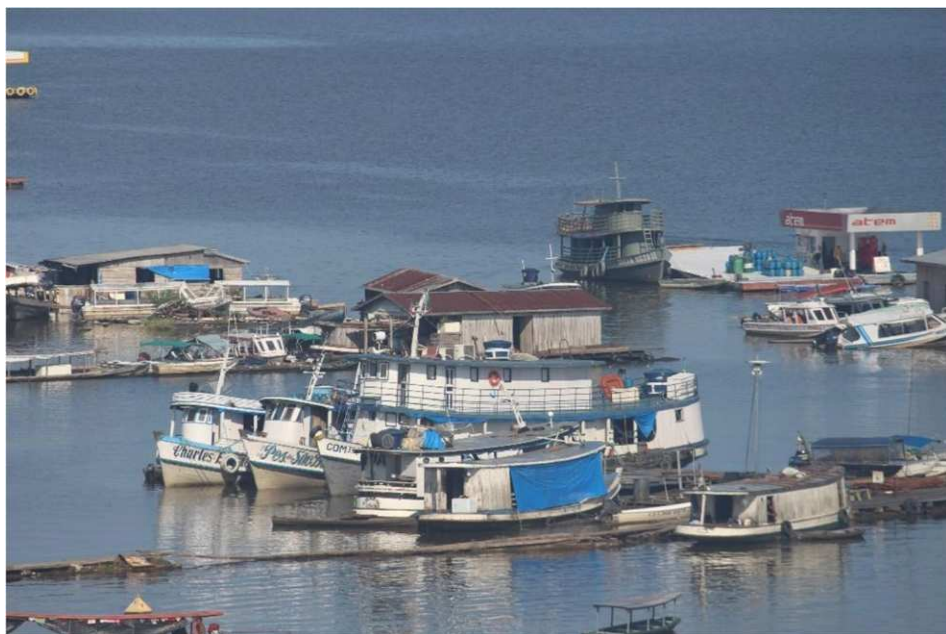


Imagem: Júlio Cesar Schweickardt, 2019.

Pela Figura 1, podemos ter uma ideia da região norte do Brasil, que denominamos como Amazônia Ribeirinha, isto é, uma região caracterizada pelas águas, formada por rios, lagos, igarapés e paranás. Nessas águas, as pessoas constroem as suas vidas, se deslocam, fazem as suas casas (aqui chamadas de flutuantes – casas sobre as águas), criando uma dinâmica da vida nas margens dos rios. Para designar e analisar essa realidade, criamos a categoria território líquido (Schweickardt et al., 2016; Pereira et al., 2019).

Desse modo, temos analisado como fazer política de saúde nesse território líquido, pois temos uma especificidade que necessita ser considerada e respeitada, que é o modo como as pessoas vivem e como fazem uso do seu território. Desse modo, tivemos algumas especificidades para a atenção à saúde que foi a criação das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), que produziu acesso às populações que historicamente estavam excluídas do direito à saúde.

Há algumas semanas eu estava viajando pelo território líquido da Amazônia, em algumas cidades pequenas, para acompanhar as estratégias que

os trabalhadores e gestores da saúde estão desenvolvendo no enfrentamento da pandemia. Assim, trazemos algumas imagens para dialogar sobre essas estratégias locais. Estamos vivendo uma terrível tragédia sanitária e social, quando o governo brasileiro se omitiu ou até mesmo boicotou as ações de combate à pandemia. Assim, foram nesses locais, nos pequenos municípios e nos ambientes de trabalho, e da comunidade que aconteceu o cuidado da população e das pessoas diante do sofrimento e do medo que o vírus ocasionou na vida das pessoas.

Tivemos dois momentos muito intensos nas duas ondas da pandemia. Uma vivida em 2020, quando nos meses de abril e maio tivemos uma situação dramática de falta de leitos, com as pessoas sendo enterradas em covas coletivas, e os corpos sendo armazenados em caminhões frigoríficos. Além disso, a população indígena estava desassistida, com lideranças e idosos perdendo a vida. Foi uma situação de calamidade e de muito medo, pois estávamos lidando com uma doença desconhecida, apesar de não desconhecermos os efeitos das epidemias que existem na região. Mas jamais tínhamos enfrentado uma doença com esse grau de contaminação. O medo estava presente em todas as pessoas e isso fez com que o isolamento físico fosse mais eficiente. Logo a máscara se tornou um item essencial na vida das pessoas, como um acessório que não pode faltar na vestimenta.

Inicialmente os idosos eram os mais acometidos, depois vieram os que tinham doenças crônicas e obesidade, mas também chegou aos jovens e crianças. As escolas fecharam as suas portas e as atividades coletivas foram suspensas, os restaurantes passaram a entregar comidas em delivery, as fábricas dispensaram os seus trabalhadores. Os comerciantes resistiram em adotar as medidas de quarentena, colocando em risco a vida dos trabalhadores, que precisavam se deslocar nos ônibus coletivos. No entanto, diante do quadro sanitário e das imagens alarmantes dos hospitais lotados, ambulâncias que não tinham onde deixar os doentes, os cemitérios que não venciam a abertura de covas, a população foi entendendo a necessidade de parar. No entanto, esse medo durou poucos meses, apesar dos avisos das autoridades sanitárias, dos cientistas, sobre uma nova onda ou da continuidade da mesma.

No final do ano de 2020, houve uma manifestação dos comerciantes para que as lojas, shopping e outros estabelecimentos fossem abertos. O governador

flexibilizou devido às comemorações de final de ano, das compras de Natal e das festas. O cenário de uma nova onda estava montado, com as pessoas na rua, apesar das máscaras e do uso de álcool em gel, os ônibus voltaram a ficar lotados, as pessoas voltaram a se aglomerar nas festas e restaurantes.

Em janeiro de 2021, aconteceu algo pior do que o primeiro episódio, pois além da falta de leitos, houve a falta de oxigênio das Unidades de Saúde. NUNCA achamos que poderíamos chegar nessa situação, pois o paradoxo foi estar localizados no “pulmão do mundo” e não ter Oxigênio. As pessoas simplesmente estavam morrendo por não ter como respirar, nem no pior pesadelo poderíamos imaginar esse cenário. As famílias corriam desesperadas atrás de empresas que vendiam Oxigênio, mas essas não tinham nada para vender. Houve uma mobilização nacional de envio de balões de O2 para Manaus e para o interior do Estado. Inclusive tivemos a solidariedade da Venezuela que enviou caminhões com O2. Apesar de ser um país que também estava com dificuldade de combater a pandemia, não deixou de ajudar nesse momento cruel.

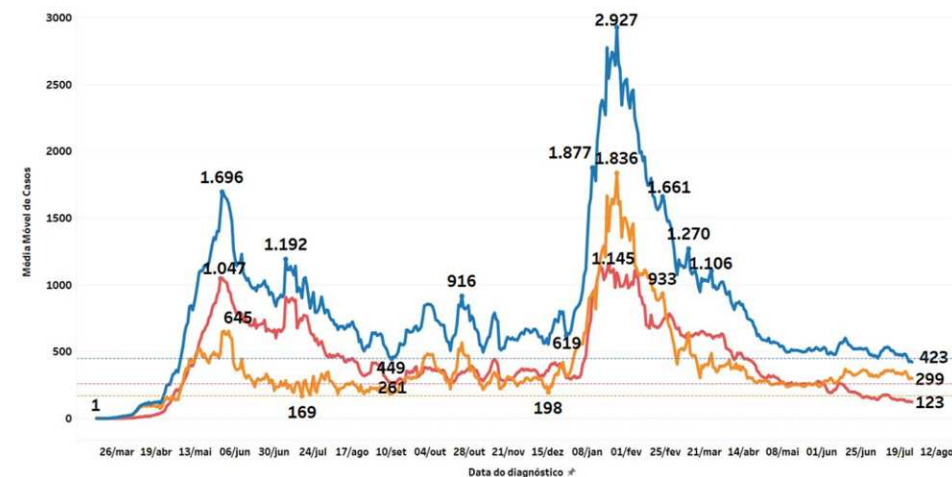
Os profissionais de saúde que viveram esse momento ficaram profundamente marcados com a experiência porque, em muitos casos, tinham que decidir a quem oferecer o O2, ficando imobilizados diante da situação, pois faltava o essencial. Foram dias de terror que estão marcados na vida e na memória dos familiares e parentes das pessoas que perderam as suas vidas. Depois disso, a pandemia continua vitimando a população da região, sendo os mais vulnerabilizados os mais afetados. A outra saída era tomar um avião até a região sudeste, especialmente São Paulo, para o tratamento, mas essa era uma opção de poucos que tinham mais recursos.

No gráfico 1 podemos verificar os momentos e pico da doença no Estado, capital e interior, que é composto por 61 municípios. Precisamos destacar que somente na capital do Estado, Manaus, tem leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), portanto, todos os casos graves dos municípios do interior tiveram que ser removidos para a capital. Na maioria dos casos, a remoção foi por UTI aérea. No entanto, somente poderiam ser removidos com a abertura de leitos na capital, ocasionando diversos óbitos no interior pela falta de leitos ou de transporte aéreo.

O Estado do Amazonas, até 26 de julho de 2021, teve 414.344 casos confirmados de COVID-19, com 13.492, o que dá uma taxa de mortalidade de 325,5 óbitos/100 mil e de letalidade de 3,3. Essa taxa está acima da média do país, que foi de 187, 9 óbitos/100 mil. No entanto, o que mais impactou foi a situação das mortes, a falta de leitos, as mortes domiciliares, a falta de Oxigênio e as notícias, sobre tudo o que acontecia por aqui.

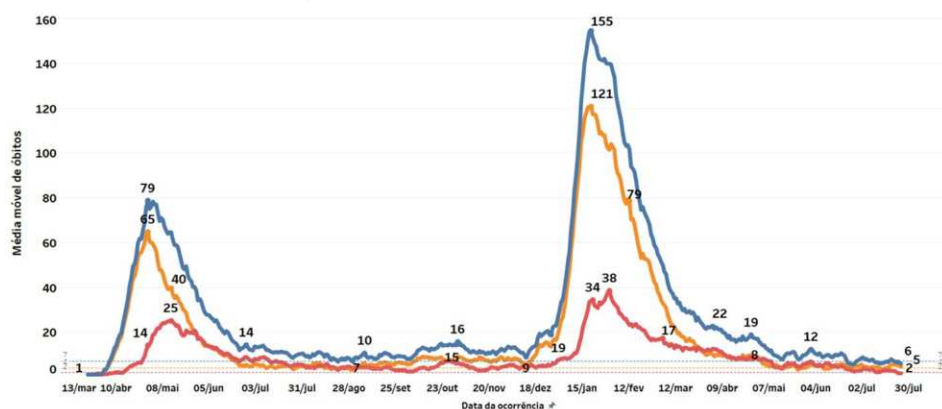
Há que destacar o empenho da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) do Estado do Amazonas, que elaborou um Plano de Enfrentamento da COVID-19 desde o início, apoiando os municípios, tanto na formação como no subsídio de insumos. A FVS também é a responsável pela distribuição, monitoramento e acompanhamento da vacinação nos municípios.

Gráfico 1. Média móvel de casos de COVID-19, por dia do diagnóstico, Interior (cor vermelha), Capital (cor laranja) e Amazonas (cor azul), 2020 e 2021 (até 26/julho).



Fonte: ESUS-VE/ASTEC-SASS/FVS-AM. Dados atualizados em 26/07/2021.

Gráfico 2. Média móvel de óbitos por COVID-19, por dia de ocorrência, Interior, Capital e Amazonas, 2020 a 2021 (até 26/julho).



Fonte: ESUS-VE/ASTEC-SASS/FVS-AM. Dados atualizados em 26/07/2021.

A solidariedade entre o medo e a esperança.

Boaventura de Sousa Santos (2021) relembra o conceito de Espinosa sobre o medo e a esperança, que diz que precisamos ter um equilíbrio entre essas duas situações, pois o medo nos mobiliza e nos faz ter cautela e a esperança nos movimenta para a ação. Medo demais nos paralisa, enquanto muita esperança nos coloca no lugar da presunção e da autoconfiança. Assim, as ações de solidariedade da sociedade estão entre o medo e a esperança, sabendo do perigo do vírus e dando esperança para as pessoas.

A população, seguindo as orientações sanitárias, construiu as suas estratégias para apoiar as pessoas em situação de vulnerabilidade, que mesmo antes da pandemia já se encontravam nessa situação. As pessoas se organizaram para fabricar máscaras de proteção e as organizações não governamentais distribuíram alimentos, máscaras e álcool em gel. A sociedade se movimentou, juntamente com as instituições governamentais, para socorrer e apoiar as famílias em sofrimento.

As comunidades mais isoladas como as ribeirinhas e as indígenas fizeram as suas barreiras sanitárias, impedindo o trânsito de pessoas no território para a proteção da comunidade. Na imagem 2 vemos uma comunidade ribeirinha que coloca uma placa informando sobre a situação, pedindo que as pessoas não entrem na comunidade. No momento inicial da pandemia, havia o medo de contaminação,

e por isso a preocupação de circulação de pessoas. A placa dizia: “o coronavírus, COVID-19, não circula sozinho. São as pessoas que o fazem circular. Permaneça em sua comunidade. NÃO SUBA! Agradecemos a compreensão! #fiqueemcasa”.

Figura 2. Aviso numa Comunidade Ribeirinha na Amazônia.



Fonte: internet, 2020.

A orientação sobre ficar em casa para a população ribeirinha não significa a mesma coisa que uma unidade familiar isolada em quatro paredes, mas compreende em ficar na comunidade que envolve um grupo familiar mais extenso e outras relações sociais, que envolve o parentesco e as relações de compadrio e de trabalho. A ordem de “NÃO SUBA” significa não acessar a comunidade, que normalmente fica na margem dos rios e barrancos altos, que têm como objetivo diminuir os efeitos das enchentes sazonais. “Assim, não subir é não subir a escada que dá acesso à comunidade, fique na canoa e siga viagem, ou melhor, volte para a sua casa ou comunidade”.

Algumas organizações indígenas relataram que os próprios profissionais de saúde poderiam ser os vetores do vírus. Por isso, foi necessária a testagem de todos os profissionais antes do deslocamento para áreas mais isoladas. Com o passar dos meses, o medo foi dando lugar para o relaxamento e a negação da pandemia, trazendo mais preocupação das autoridades sanitárias, pois a única forma de enfrentamento estava nas ações de prevenção, e na vacina que somente chegaria somente em 2021.

Na figura 3, vemos a Federação do Povo Huni Kui do Estado do Acre – FEPHAC, localizado na região do Alto Purus, no estado do Acre, distribuindo alimentos nas aldeias. Essa ação foi fundamental para as populações indígenas

isoladas, evitando o deslocamento para as cidades. Junto com o alimento, as lideranças realizavam as orientações sobre o enfrentamento da COVID-19.

Figura 3. Distribuição de Alimentos pela Federação do Povo Huni Kui do Estado do Acre – FEPHAC.



Fonte: Federação do Povo Huni Kui, 2020.

O isolamento geográfico, social e cultural dificultou o acesso aos serviços de saúde especializados que atendem às comunidades/aldeias, sendo assim os povos indígenas acionaram seus próprios modelos de cuidado, recorrendo aos “benzimentos” e uso de chás medicinais. As práticas de cuidado de saúde dos povos estão ancoradas fundamentalmente em: bahsese (benzimentos) e uso de plantas medicinais, na forma de chás. Essas foram práticas utilizadas no enfrentamento da pandemia, como revelou o estudo realizado com jovens indígenas dos povos da Amazônia durante a pandemia (Relatório do Estudo, 2021).

O desconhecimento sobre COVID-19 levou que os povos indígenas acionassem os conhecimentos tradicionais de tratamento dessa doença através dos “benzimentos” e remédios caseiros. “Nas comunidades a casa é um lugar de produção de cuidados à saúde para os povos indígenas. O cuidado da figura do pai e da mãe à pessoa doente é parte fundamental no contexto desses povos. Sendo a mãe, a pessoa que mais busca o cuidado à saúde da família, produzindo remédios caseiros, do qual muitas vezes é reforçado com os benzimentos do pajé” (Relatório de Estudo, p. 139).

As estratégias municipais no enfrentamento da pandemia

Visitando alguns municípios do interior do Amazonas, vimos as estratégias utilizadas para atender as comunidades ribeirinhas e urbanas. A atenção às comunidades isoladas é importante, pois necessitam não somente de atenção, mas principalmente de informações sobre as medidas de prevenção, sendo que as famílias precisam ir à sede do município para retirar os benefícios sociais nos bancos, realizar compras de alimentos e visitar parentes na cidade. Assim, as visitas das equipes de saúde nas comunidades têm um importante papel de educação em saúde para além das ações de cuidado, pois nesse momento o maior cuidado está na presença dos profissionais para orientação, e tranquilizar as pessoas em relação aos cuidados.

Figura 4 e 5. Equipes de saúde atendendo a população ribeirinha no município de Tefé, Amazonas.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tefé, 2020.

O município de Parintins, está localizado na região do Baixo Rio Amazonas, utilizou a Unidade Básica de Saúde Fluvial para realizar as ações de atendimento às comunidades ribeirinhas durante a pandemia. Na figura 5 e 6

vemos a equipe com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para atender a população. Observamos que os idosos tiveram prioridade na atenção durante a pandemia. Outra questão a ser observada é que os ribeirinhos criaram um verdadeiro pânico do hospital, pois o hospital passou a ter o significado de morte, além da falta de leitos, especialmente de leitos de UTI, e posteriormente também a falta de insumos e medicamentos. Então, foi muito importante o trabalho da atenção primária, das equipes e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para fazer atenção para essas populações que estavam isoladas.

Figura 6 e 7. Atenção às comunidades ribeirinhas, município de Parintins, Amazonas.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, 2020.

O município de Japurá fica localizado no Rio Japurá, distante a 780 Km de Manaus, sendo necessários três dias de viagem de barco, pois o único acesso é via fluvial. A estratégia de enfrentamento à pandemia foi realizar a busca ativa da população pelas Equipes de APS, indo de casa em casa para realizar testes, avaliar os sintomas e monitorar as situações de síndrome gripal. O resultado desse trabalho é que no primeiro ano da epidemia, houve somente um óbito

de uma pessoa com comorbidades. Além disso, o município realizou barreira sanitária no porto da cidade, único acesso à cidade (Figura 7). O município tem a presença de garimpo de ouro ilegal, com quase dois mil garimpeiros que circulam pela região. As equipes tiveram problemas no acompanhamento da população de garimpeiros. O município também tem população indígena, que foi acompanhada nas aldeias.

Figuras 8 e 9. Estratégias do município de Japurá, estado do Amazonas.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Japurá, 2020.

Podemos destacar que o enfrentamento da pandemia significou um processo de reorganização dos processos de trabalho das equipes, tanto nos hospitais como na Atenção Primária em Saúde. As ações das equipes de saúde também foram combinadas com as estratégias comunitárias, que estavam mais ocupadas com as questões de sustentabilidade das famílias e a proteção social.

No período inicial da pandemia, as equipes de APS foram desmobilizadas e as atividades programáticas foram diminuídas. As equipes deram atenção quase exclusiva para os casos de suspeita de COVID-19. No entanto, os gestores foram percebendo a importância que as equipes realizassem a busca ativa, e o monitoramento no território das pessoas, especialmente com orientações, e o acompanhamento dos casos suspeitos. Inicialmente os municípios não estavam preparados com testes, pois não havia disponibilidade de compra no mercado. Por isso, a observação clínica dos sintomas foi o recurso para o acompanhamento dos usuários.

Diálogos

Em seguida às apresentações tivemos o comentário de Soledad Barrios que destacou a importância de pensarmos na “saúde como saúde e não como enfermidade”, pois precisamos destacar as questões de prevenção e promoção da saúde. Sobre este comentário destaco que temos uma grande dificuldade de pensar a saúde para além da ausência de doença, pensar a saúde no seu sentido amplo e não restrito à doença. A formação dos profissionais de saúde está formulada e construída sobre a base da história das doenças, que se confunde com a história da formação médica. Assim, os cursos da saúde preparam os profissionais para o combate às doenças e a recuperação das pessoas a uma condição de normalidade, ou seja, superação do patológico. No entanto, a vida das pessoas é bem mais ampla do que uma redução ao seu quadro patológico, como por exemplo, alguém que tem diabetes, logo uma doença crônica, precisa conviver com essa doença, mas a sua vida não se restringe a essa doença, produzindo uma vida “normal” apesar da doença. Assim, temos que construir uma educação pela saúde, olhando a pessoa na integralidade da vida.

Soledad ainda destaca que a pandemia de COVID-19 no Chile tem afetado duas a três vezes mais pessoas em situação de vulnerabilidade social. Comento que no Brasil não é diferente porque temos uma situação de desigualdade nos países que adotaram um modelo econômico neoliberal. Então, a pandemia não é democrática, como alguns políticos e economistas pensam, pois a mortalidade e a infecção de COVID-19 é maior nos grupos sociais vulnerabilizados. Além disso, a pandemia deixou as pessoas mais pobres, trouxe a fome e o desemprego, por falta de alternativas governamentais no enfrentamento da pandemia.

Soledad ainda destaca a “força das respostas comunitárias”. Comento que a resposta comunitária à COVID-19 tem sido importante, principalmente em relação à segurança alimentar. Ainda destaca Soledad que o conhecimento das experiências locais é importante para o planejamento e a ação das políticas no território. Comento que as políticas públicas somente são eficazes quando conseguem dialogar com a comunidade, e com as necessidades do território. Por isso, as estratégias participativas de gestão, e de planejamento são importantes para o enfrentamento de problemas como o da pandemia.

Nesse sentido, ainda comenta Soledad que a Atenção Básica é uma estratégia de promoção de saúde com base territorial, que inicialmente foi ignorada pelos governos no combate à pandemia, mas que em seguida foi entendida como uma importante estratégia local e comunitária. Comento que a Atenção Básica está no território de vida das pessoas, portanto consegue enxergar tanto as necessidades como as estratégias locais. A Atenção Básica em Saúde é o lugar do cuidado complexo, pois está no território da vida das pessoas.

Ricardo Pérez-Abarca questiona sobre a relação entre o extrativismo e a crise sanitária. Comento que a “Amazônia em chamas” é um retrato do cenário que passamos, pois é impossível separar as questões ambientais das temáticas da saúde, pois não estão separadas da vida das pessoas e dos locais. Os povos da floresta como seringueiros, indígenas, quilombolas, ribeirinhos tem suas vidas ameaçadas de modo permanente devido ao tipo de economia extrativista como a extração de minérios, madeira, plantação de soja e criação de gado em áreas desmatadas. Na verdade, estamos diante de um dilema que precisamos pensar no “desenvolvimento alternativo” ou em “alternativas ao desenvolvimento”, que nos coloca diante das formas de vida dos povos ancestrais. Ou seja, a questão ambiental também é uma resposta sanitária, pois envolve a valorização dos saberes e as práticas de vida dos grupos que apresentam um outro modo de se relacionar com a floresta e com o ambiente. A produção da vida, na sua integralidade, como uma alternativa ao desenvolvimento está no tipo de relação que estabelecemos com a natureza, e com todos os tipos de “gentes”, sejam os seres humanos e não humanos.

Por fim, uma pergunta de uma participante foi em relação ao uso da micropolítica para enfrentar as situações do “estatuto administrativo”, que gera um regramento das instituições governamentais sobre os territórios.

Comento que a micropolítica da gestão e do cuidado é exatamente o exercício de considerarmos que todos fazem política, e todos cuidam, seja o profissional, o usuário e todas as pessoas envolvidas na cena do cuidado. Desse modo, as normas, regras, protocolos são instrumentos das instituições, que fazem parte da “tecnologia leve-dura”, nos termos de Emerson Merhy, que fazem parte da gestão do cuidado, mas é na “tecnologia leve” que acontece a negociação política do cuidado. Portanto, partimos do pressuposto de Paulo Freire, em que todos sabem alguma coisa como também ignoram outras coisas, sendo que o saber de cada pessoa mobiliza para a ação. Desse modo, os saberes fazem parte do jogo micropolítico do cuidado, sendo que todos fazem gestão. Assim, a noção do jogo micropolítico envolve as relações e o encontro, nos abrindo possibilidades para uma visão ampliada do cuidado nos territórios.

Considerações finais

Paulo Freire ensinou a prática de uma pedagogia libertadora, que pudesse promover formas mais democráticas e socialmente justas. Essa tarefa não cessou com a pandemia, pois as populações socialmente e culturalmente excluídas sofreram mais com a COVID-19, aumentando a desigualdade social. Assim, o vírus também nos levou a uma ação pedagógica, como sugere Santos (2021, p. 265), mas uma pedagogia que seja intercultural pela promoção da vida e da dignidade de todas as diferenças. “O dever matricial da pedagogia intercultural consiste em criar subjetividades individuais e coletivas capazes de reconhecer e respeitar diferenças sem hierarquias nem diferença” (idem, *ibidem*).

Buscamos mostrar as experiências locais e comunitárias de enfrentamento da pandemia. Destacamos dois cenários: as estratégias comunitárias que foram solidárias e criaram redes de apoio para chegar até os lugares mais isolados; e as estratégias das equipes de saúde da APS que realizaram o acompanhamento através das tecnologias de cuidado como a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) para atender as comunidades ribeirinhas.

Vimos que as equipes de APS foram importantes no monitoramento dos casos suspeitos e nas orientações de prevenção. O acompanhamento nas

casas das famílias foi essencial devido às orientações de isolamento social e de afastamento físico. As famílias não se sentiram abandonadas pelo serviço, mas amparadas no momento de maior medo e desamparo. No entanto, muitas famílias ainda permanecem sem qualquer tipo de atenção, tendo que buscar as suas próprias estratégias.

Infelizmente alguns governos não fizeram uma boa gestão da pandemia ou banalizaram das orientações científicas, promovendo tratamentos ineficazes, como foi o caso do governo brasileiro que fez uma aposta na “imunidade de rebanho”, que significava o máximo de contaminação para uma suposta imunidade natural contra o vírus. Não era isso que os estudos científicos diziam, mas, nesse momento, a negação da ciência também matou milhares de pessoas. Hoje, meados de novembro de 2021, temos o número assustador de 612 mil pessoas que morreram em consequência da COVID-19 e mais de 22 milhões foram contaminadas. Seguramente muitas dessas mortes seriam evitáveis.

Por fim, a imagem abaixo é de um nascer do dia. Esse sol vermelho está assim devido às queimadas que afetam a Amazônia. A imagem é linda, está entre o medo e a esperança. Esperamos que possamos cuidar das pessoas e do meio ambiente, cuidar dos humanos e dos não humanos, construindo uma pedagogia intercultural que possa ser inspirada na ideia do “bem viver”,

Os conceitos “suma quamaña”, do povo Aymará, e “sumak Kawsay”, do povo Quéchua, “expressam um conjunto de ideias relacionadas com sistemas de conhecimento, práticas e organização dos povos andinos” (Solón, 2019, p. 19, 21). As ideias ancestrais dos povos indígenas dos Andes indica a ‘vida plena’, ‘vida doce’, ‘vida harmoniosa’, ‘vida sublime’, ‘vida inclusiva’ e ‘saber viver’. Em todos os significados aparece a palavra vida, mostrando a plenitude do viver pelo aprendizado dos saberes ancestrais.

Figura 10. Nascer do Sol no Rio Solimões, município de Tefé, Amazonas.



Fonte: Júlio Cesar Schweickardt, 2020.

Agradecimentos: Agradeço a Izi Caterine Paiva Alves Martinelli dos Santos que fez a transcrição da fala no III Desayuno latinoamericano de sociocuidado. Agradeço aos municípios de Tefé, Japurá e Parintins por ter cedido as imagens. Agradeço a Federação do Povo Huni Kui por ter confiado no acompanhamento das ações de distribuição de alimentos.

Referências

Pereira, F. R., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Schweickardt, K. H. S. C. (2019). Banheiro no território líquido na Amazônia: análise da micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: Júlio Cesar Schweickardt; Michele Rocha Kadri; Rodrigo de Sousa Lima. (Org.). *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, 1, 92-111.

Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira. (2021). Manaus: COIAB; UNICEF; Fiocruz/ILMD-LAHPSA.

Santos, B. S. (2021). *O futuro começa agora: da pandemia à utopia*. São Paulo: Boitempo.

Schweickardt, J. C. et al. (2016). *Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante*.

In: Ceccim, R.B. et al. (orgs). *Informes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida.

Solón, P. (2019). *Bem viver*. In: *Alternativas sistêmicas: Bem viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização*. São Paulo: Elefante, 2019.

El Proceso de Conformación del Proyecto Político Sanitario *Antineoliberal* en México y la Atención a la Pandemia por Covid-19

Irlanda Libertad Mendoza Pineda

Introducción

En las pasadas e históricas elecciones del primero de julio de 2018 se eligió democráticamente a Andrés Manuel López Obrador (AMLO) como presidente de México, con más de 30 millones de votos equivalentes al 53% del padrón electoral y con la más alta participación ciudadana registrada desde 1994, en la que fue su tercera participación en la contienda por la presidencia de México (elecciones 2006 y 2012 previamente) y bajo el temor latente de un segundo fraude electoral (Paredes, 2018). En un hecho inusitado, se consolidó la llegada de la autodenominada Cuarta Transformación (4T), término que hace referencia a la visión de gobierno propuesta por el presidente recién electo para su sexenio 2018-2024, con la cual busca situar su mandato al nivel de 3 momentos clave en la historia de México (La Independencia, La Reforma y La Revolución), pretende hacer una transformación histórica y pacífica con cambios profundos en el país en la llamada era *posneoliberal* (Fuentes, 2018; Animal Político, 2019; Urrutia & Villanueva, 2019).

El gobierno de la 4T planteó un cambio de régimen político y económico con el objetivo de transformar la función del Estado Mexicano y robustecer su capacidad de intervención en el espacio social, económico y político, bajo el paradigma de que el Estado no puede ser sustituido por el mercado, a pesar de que por varias décadas se instrumentó un modelo económico neoliberal que disminuyó la función y participación estatal cediendo paso irrestricto al mercado desregulado y descontrolado. Ésta fue la visión que predominó desde la década de los ochenta en la administración pública y tecnocrática del país. Por el contrario, el nuevo gobierno perfiló un Plan Nacional de Desarrollo pos neoliberal que se regiría por 3 ejes generales: Justicia Social y Estado de Derecho, Bienestar y por

último, Desarrollo Económico con los siguientes ejes transversales: igualdad de género, no discriminación e inclusión; combate a la corrupción y mejora de la gestión pública, así como territorio y desarrollo sostenible (Forbes, 2019), con la finalidad de fortalecer y recuperar el papel rector del Estado y de las funciones de lo público, convertirle en garante de derechos (entendidos como derechos inmanentes, irrenunciables, universales y de cumplimiento obligatorio) y hacer una redistribución más equitativa del ingreso y de la riqueza producida, a fin de mejorar las condiciones de vida de la población más desfavorecida y empobrecida del país, “los de abajo”, entendidos como los desposeídos, oprimidos, despojados y discriminados, aquellos que tradicionalmente han sido atropellados por los grandes intereses económicos y que, por décadas fueron privados del ejercicio de sus derechos por el poder político gobernante en el país.

La ingeniería social y sanitaria de la 4T

Para lograr los objetivos propuestos se diseñó una política social con nuevas prioridades y enfoques, con una importante orientación al proteccionismo, bienestar y derecho, mayor presencia del sector público en la economía, enérgicas políticas recaudatorias, con una intervención estatal capaz de regular las enormes desigualdades sociales y que permita volver una realidad la anhelada movilidad social, además, busca convertirse en un modelo viable y replicable de desarrollo económico, ordenamiento político y convivencia entre sectores sociales. Lo anterior, quedó asentado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en tanto principal instrumento de planeación que sirve para enunciar los problemas nacionales, enumerar las soluciones y su operativización en una proyección sexenal; este documento expresa la parte del pacto social que le corresponde cumplir al gobierno actual, el cual debe “demostrar que es posible imprimir un rumbo nacional; que la modernidad puede ser forjada desde abajo y sin excluir a nadie y que el desarrollo no tiene porqué ser contrario a la justicia social” (DOF, 2019, p. 3) bajo los principios rectores siguientes: Honradez y honestidad; No al gobierno rico con pueblo pobre; Economía para el bienestar; El mercado no sustituye al Estado; Por el bien de todos, primero los pobres; No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera (DOF, 2019).

La política de desarrollo social a nivel federal fue instrumentada mediante la creación de proyectos de infraestructura y diversos programas sociales prioritarios (Tabla 1), diseñados para disminuir desigualdades y dirigidos a la población más vulnerable y pobre del país, su operación y ejecución se realiza “sin intermediarios”, a través de transferencias monetarias directas a la población. Desde 2019 la política social tuvo un enfoque territorial, a través de un Decreto Oficial se formuló una Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) con base en aquellos municipios que cumplieran con alguno de los siguientes tres criterios de priorización: alto porcentaje de población indígena, altos niveles de marginación y altos niveles de violencia (CONEVAL, 2020). Siendo que, los municipios con alta marginalidad son también los que tienen mayores niveles de carencias, entre ellos, aquellos donde hay alto porcentaje de población indígena (CONEVAL, 2020).

En el discurso, el Gobierno de México ha planteado una política social integral con programas, acciones y estrategias que plantean atender los problemas sociales que enfrenta el país y producir una reactivación de la economía nacional desde abajo y para todos, sin embargo, actualmente y frente a la crisis económica, de salud pública y social se plantean nuevas exigencias a las que debe enfrentarse de forma simultánea, tanto para atender las condiciones preexistentes de desarrollo social así como las repercusiones sociales del Covid-19 y, con ello, garantizar que la población mexicana pueda acceder a bienes y servicios necesarios para el ejercicio de sus derechos.

La nueva política sanitaria

En este marco, la salud²⁶ toma un papel preponderante y representa uno de los ejes fundamentales de accionar de la nueva administración, orientando su quehacer a garantizar y materializar el pleno derecho a la salud y a su protección, consagrado en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como un derecho humano y social fundamental (SEDESA, 2019) por

²⁶ La salud representa concretamente la preservación de la vida, el desarrollo de capacidades humanas y la ejecución de actividades laborales; la conservación o el debilitamiento del estado de salud tiene un impacto directo en la reproducción de la fuerza de trabajo, por lo tanto, se puede sostener que es una necesidad humana básica en estricto sentido (Laurell, 1994; Doyle y Gough, 1991). La salud también es entendida desde la administración local en la CDMX como una metacapacidad humana y condición necesaria para el florecimiento de las personas y de las colectividades (SEDESA, 2019).

lo que se planteó la construcción de un sistema de salud para el bienestar que pueda garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita a las personas sin seguridad social, ello ha sido posible a través de cambios profundos en la organización del sistema de salud mexicano y de la sociedad expresados en el diseño y formulación de la política sanitaria que se está implementando actualmente, y, que desafortunadamente ha visto afectada su ejecución debido a la pandemia por Covid-19 (DOF, 2020).

Desde sus inicios, el proyecto sanitario se nutrió de propuestas críticas trabajadas varias décadas atrás por sectores progresistas del ámbito académico y político de América Latina, incluyendo la participación de integrantes de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Tetelboin, 2020); así, se establecieron los pilares en materia sanitaria centrados en proveer acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos para toda la población mexicana. Se establecieron el Modelo de Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada (APSI-I) y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para fortalecer y reorganizar la capacidad resolutive del primer nivel de atención de los servicios de salud, pues se proyecta que en este nivel de atención se solucionen entre 80% y 85% de las problemáticas en salud mediante acciones de prevención y atención, además se planteó la reorganización del sistema de salud público y la regulación sanitaria, se propuso impulsar el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional y la investigación innovadora (DOF, 2019; SSA, 2019).

Cabe señalar, que los servicios de salud públicos en el país son responsables de brindar atención médica y de cuidados a más del 95% de la población mexicana, poco más del 60% corresponde a los servicios otorgados por la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), mientras que 36% corresponde a los servicios de salud para población no asegurada que brinda el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), es decir, 33 millones de personas que ya se encuentran haciendo uso de estos servicios, aunque la población objetivo por atender son 69 millones de personas que no cuentan con seguridad social lo que equivale al 55.4% del total de la población mexicana (SSA, 2019; INEGI, 2020; Expansión Política, 2020).

Diagnóstico de las condiciones del Sistema Nacional de Salud Pública

A pesar de la gran responsabilidad que recae sobre el sector público por su alta demanda de servicios, particularmente en los servicios de salud para población no asegurada, éste venía acumulando graves problemáticas y carencias que resultaron en severas deficiencias operativas y de calidad en los servicios brindados. La nueva administración se encontró con un sistema de salud público descentralizado, fragmentado, sectorizado, inequitativo e ineficiente, en completo abandono, depauperado, con sobrecarga de servicios, con malas condiciones e insuficiente cantidad de infraestructura sanitaria, así como envejecimiento y descuido de ésta por antigüedad y por falta regular de mantenimiento, con marcada escasez e insuficiencia de personal de salud; desabasto de medicamentos, de insumos básicos y equipamiento médico obsoleto o sin funcionar.

Algunas otras problemáticas identificadas fueron la heterogénea distribución de la infraestructura existente con una importante concentración de servicios sanitarios en zonas céntricas y urbanas, pese a que la principal demanda y carencia de servicios se encuentra en la periferia y en zonas rurales relegadas y alejadas de los centros de servicios médicos. Al mismo tiempo, dentro de las instituciones se encontraron diversas prácticas nocivas como: corrupción, desvío considerable de recursos públicos destinados a la salud, baja inversión, corporativismo y clientelismo, además de condiciones de trabajo precarias de una proporción significativa de trabajadores de la salud (SSA, 2019a). Siendo todos ellos asuntos de atención apremiante por el impacto que venían produciendo en el sistema de salud público: debilitamiento, fragilidad estructural, desprestigio y afectaciones directas en la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad en la provisión y prestación de servicios, así como en la práctica y atención médica, caracterizada por ser de mala calidad y deshumanizada. Se reconoció que se había vuelto normativo que la población usuaria de los servicios de salud que proveen las instituciones del Sistema Nacional de Salud adquiriera con recursos propios los materiales de curación y tratamiento requeridos, además de ser obligados a esperar meses para acceder a cualquier intervención quirúrgica a causa de la saturación de quirófanos, fallas y/o descomposturas o falta de equipo médico. Lo

anterior, representó un gran reto y desafío para la nueva administración que se propuso erradicar tales prácticas y condiciones en la producción de servicios de salud (SEDESA, 2019, 2020).

Avances del proyecto sanitario 2019-2024

Por lo tanto, algunas de las acciones que emprendió la nueva administración para atender las problemáticas fueron: la modificación a la Ley General de Salud que estableció la desaparición del Seguro Popular²⁷ y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)²⁸, responsable de otorgar servicios médicos y medicamentos gratuitos a toda la población que no cuenta con seguridad social; la federalización de los Servicios de Salud Estatales que comenzó con un proyecto piloto en los 8 estados más pobres del país, arrancando en Chiapas; la unificación de los sistemas de Seguridad Social con el sector público en una articulación colaborativa con carácter de integración, que tuvo una primera aparición y respuesta pública con la llegada de la pandemia; el quebrantamiento de la vinculación entre lo público-privado con la eliminación en la compra de seguros privados de gastos médicos mayores como prestación a trabajadores del sector público y también con la compra de medicamentos, insumos y equipos médicos vía compras consolidadas, eficientes y centralizadas por parte de la Secretaría de Salud Federal (SSA) en cooperación con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), adjudicando licitaciones (internacionales, abiertas, públicas y multianuales) a más de 150 empresas a diferencia de las 10 compañías que, en el sexenio previo, acaparaban el 80% de las compras de medicamentos; la contratación de personal de salud para el INSABI (médicos generales, médicos especialistas y personal de enfermería) vía Convocatorias Públicas tituladas “Médicos del Bienestar” que han logrado reclutar a cerca de 22,000

27 El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) creado en 2003, y su brazo operativo conocido como Seguro Popular fue una política focalizada y privatizadora de paquetes segmentados, un esquema de financiamiento basado en “proclamas políticas abstractas, ocurrencias efímeras, modelos diseñados en el escritorio o importados de otras realidades” (Laurell, 2019: 1), que llevaron a la fragmentación, desfinanciamiento, desarticulación y deslegitimación del Sistema Público de Salud.

28 El INSABI es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud. Sus servicios operan bajo los principios de universalidad, igualdad y gratuidad, su modelo de operación está basado en la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada que opera de “abajo hacia arriba”. Los usuarios no requieren de afiliación para hacer uso de los servicios. La atención es gratuita en los 3 niveles de atención, incluyendo los centros hospitalarios de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y unidades adscritas a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SSA, 2019; SSA, 2020).

nuevos trabajador@s de la salud, aunque el requerimiento del sistema público de salud para atender a sus derechohabientes, conforme a las recomendaciones de organismos internacionales es mucho mayor, 872,000 medic@s y enfermer@s en total, tan sólo el INSABI requiere de 420,000 y el resto de instituciones de la Seguridad Social también tienen severas carencias y déficits de personal de salud (Tetelboin, 2020; SSA, 2021; Garduño & Becerril, 2021; Badillo, 2021).

Precisamente, para atender el déficit estructural de trabajadores de la salud en el país se implementaron acciones específicas vinculadas con la educación médica, hubo un aumento sin precedentes de la matrícula en 27 residencias médicas, duplicando el número de aspirantes seleccionados anualmente, que pasó de 9,480 (22%) en 2019 a 18,173 (42.2%) en 2020, principalmente en aquellas especialidades que históricamente presentaban un rezago y que son necesarias para atender los principales problemas de salud de la población mexicana (Infobae, 2020); también se crearon las Universidades para el Bienestar “Benito Juárez García”, de carácter público y gratuito donde se imparten tanto la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (con 10 sedes y mayor presencia en los estados más pobres del país -2 en Chiapas, 2 en Guerrero y 2 en Oaxaca), como la Licenciatura en Medicina Integral y Salud Comunitaria (con 20 planteles y presencia en 13 estados del país, pero con mayor concentración en los estados que tienen mayor rezago social -2 en Chiapas, 3 en Guerrero y 5 en Oaxaca-) (SEP, 2020; UBBJ, 2020). Además, particularmente en la Ciudad de México (CDMX) se creó la Universidad de la Salud (UNISA), una nueva universidad pública que oferta 2 licenciaturas: Medicina General y Comunitaria y Enfermería Familiar y Comunitaria con una matrícula de 1,800 estudiantes distribuidos en dos generaciones (UNISA, 2021), estas instituciones de educación superior plantean una formación profesional desde una visión humanista y con enfoque comunitario, contemplan, que al concluir sus estudios, sus egresad@s retornen a sus comunidades para brindar atención médica y tratamiento de los principales padecimientos que afectan a la población más vulnerable del país.

Dentro de los compromisos adquiridos por parte del Gobierno de México y con el objetivo de brindar certeza laboral de permanencia en el empleo y una remuneración digna, así como prestaciones conforme a la Ley para los trabajadores del sector salud se propuso el Programa de Basificación del Personal Eventual

del Sector Salud 2020-2024, que fijó como meta sexenal la basificación de 86,368 trabajadores eventuales y por honorarios que prestan sus servicios en la Secretaría de Salud federal, de los cuales 77.5% corresponde a personal médico, paramédico y afín, y el resto a personal administrativo, a esta cifra habría que agregar 20,134 trabajadores de la salud que se encuentran en la misma situación pero prestando servicios en instituciones estatales. Sin embargo, el arranque de este programa se vio interrumpido y retrasado a causa de la pandemia por covid-19, fue así que en junio de 2021 dio inicio el programa de basificación que proyecta para finales de año la regularización de poco más de 17,000 trabajadores de la salud, cifra que cubriría el 20% del compromiso total (Gobierno de México, 2020; DOE, 2020; Vitela, 2021). A este acuerdo se suma, la oferta presidencial de mantener activas las 27 mil plazas del personal de salud contratado para atender el brote más agresivo de Covid-19 (Vitela, 2021).

La respuesta y atención a la pandemia por SARS-CoV-2

La pandemia por la enfermedad Covid-19 hizo arribo al país a finales de febrero de 2020, tan sólo dos meses después del primer brote acaecido a finales de diciembre de 2019 en China. En ese momento, México se encontraba en plena transición política, apenas algunos de los cambios propuestos por el gobierno actual comenzaban a implementarse, sin embargo, las condiciones del sistema de salud del país eran bastante precarias y no se contaba con la capacidad necesaria para enfrentar la complejidad de respuesta y atención que imponía y demandaba el coronavirus, siendo esto resultado del proceso de debilitamiento del sector y de la apuesta privatizadora que impusieron los gobiernos abiertamente neoliberales durante 40 años, situación compartida con el resto de los países de la región latinoamericana.

Así fue como la pandemia terminó de develar las carencias y deficiencias del sistema de salud público que históricamente ha resultado insuficiente e incapaz de responder con eficacia y efectividad a las necesidades en salud que demanda la población derechohabiente y, principalmente, la población no asegurada. Tan sólo, en 2019 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reveló que México es uno de los países con mayor déficit de personal médico y de enfermería de acuerdo con su densidad poblacional, cuenta con 2.4

médic@s y 2.9 enfermer@s por cada 1000 habitantes, cifras inferiores al promedio de 3.5 médicos y 8.8 enfermeras que tiene el resto de los países que integran la organización (OECD, 2019).

Bajo este escenario, el impacto de la pandemia alcanzó el desarrollo previsto del proyecto social y sanitario inicial, que vio interrumpida su trayectoria original y que pudo repercutir en la concreción de algunos procesos que venían desarrollándose el año anterior, durante el primer año de gobierno de AMLO y la 4T. A partir de este período la salud se volvió tema central de la agenda pública del país, al mismo tiempo mantuvo los reflectores por el temor manifiesto del colapso del sistema de salud mexicano, como venía ocurriendo en países con economías desarrolladas debido a la velocidad de contagios. Esta situación obligó a organizar una respuesta social conjunta y coordinada desde la federación que consistió principalmente en el diseño y desarrollo de estrategias integrales, intersectoriales e intersecretariales para lograr que el sistema de salud funcionara de forma unificada.

Las principales acciones que se llevaron a cabo para gestionar la crisis sanitaria fueron las siguientes: 1) Conferencias vespertinas diarias con información técnica y con la finalidad de comunicar sobre la situación epidemiológica y las acciones de contención que se iban realizando, transmitidas desde el 22 de enero de 2020 hasta el 09 de junio de 2021 (El Financiero, 2021), esta forma de comunicación permitió la politización de temas de salud hacia la población, sin embargo, la información se comunicó, principalmente desde un enfoque biomédico con la incorporación posterior y paulatina del enfoque de algunos determinantes sociales de la salud; 2) una segunda acción fue la instalación y la implementación de sesiones permanentes del Consejo de Salubridad General, órgano colegiado y segunda autoridad en materia de salud, dependiente directo del Presidente de la República y presidido por el Secretario de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas, así como disposiciones emitidas de carácter general y obligatorias para todo el país, fue el órgano responsable de la toma de decisiones para combatir la pandemia por Covid-19 (Expansión Política, 2020a).

En los servicios de salud se realizaron varias medidas para la contención de la pandemia, entre las que destacan: 3) vigilancia epidemiológica con la búsqueda activa de casos a partir de su confirmación y el rastreo intencionado

poblacional de casos y sus contactos para su aislamiento; mientras, que dentro de las medidas para mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad se incluyeron: 4) la estrategia de la Jornada Nacional de Sana Distancia bajo la consigna “Quédate en casa” tuvo una duración del 23 de marzo al 30 de mayo de 2020 y consistió en la suspensión de actividades laborales, escolares y sociales, de todas aquellas consideradas no esenciales en los sectores público, privado y social con la finalidad de reducir contagios gracias al confinamiento generalizado. Se consideraron esenciales o de vital importancia para el funcionamiento óptimo del país: actividades laborales de la rama médica; paramédica y administrativa, actividades que involucran la seguridad pública y la protección ciudadana, la defensa de la integridad y soberanías nacionales, la procuración e impartición de justicia, así como la actividad legislativa tanto del nivel federal como del nivel estatal, actividades para el funcionamiento de la economía, tales como financieras, recaudación tributaria, venta de energéticos, gasolina y gas, generación y distribución de agua potable, industria y venta de alimentos y de bebidas no alcohólicas, producción agrícola, pesquera y pecuaria, agroindustria entre otras (SSA, 2020a; Montalvo, 2020). Simultáneamente se intensificaron las medidas básicas de prevención: distancia de 1.5m, uso de cubrebocas, lavado frecuente de manos y estornudo de etiqueta, además del resguardo por 14 días en caso de presentar síntomas.

Una de las acciones más relevantes que permitió una atención hospitalaria más expedita y oportuna fue la estrategia de reconversión hospitalaria que implicó la adaptación y ampliación de la capacidad estructural y técnica de algunos hospitales en el país, además del fortalecimiento del equipamiento necesario para manejar un aumento repentino e inesperado del volumen de pacientes que excedieran su capacidad instalada habitualmente, principalmente para la atención de personas con infección respiratoria aguda grave que requirieran internamiento, evitando así la saturación hospitalaria y buscando garantizar el acceso a atención médica incluida la disponibilidad de ventiladores. Estas acciones permitieron alcanzar una disponibilidad máxima de 35 mil 635 camas generales para pacientes no graves y 11 mil 681 camas con ventilador en los hospitales del sector Salud, mientras que antes de la pandemia el número de camas en unidades de terapia intensiva a nivel nacional era de 3,552. Simultáneamente, durante 2020 se contrataron poco

más de 50 mil profesionales de la salud y para julio del mismo año se habían adquirido más de 60 millones de insumos en salud incluyendo ventiladores de respiración asistida, de las cuales 86% correspondieron a equipos de protección personal, aunado a ello se contrató a 500 médicos cubanos para apoyar la atención al covid-19 en las instituciones públicas de la Ciudad de México (Tetelboin, 2020; SSA, 2021a; INSP, 2021).

Sumado a lo anterior, la activación del Plan Marina y DN-III-E permitió la participación colaborativa de las Fuerzas Armadas de México, particularmente la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Guardia Nacional en la reconstrucción, reconversión y conclusión de la infraestructura hospitalaria que culminó con la activación de 116 instalaciones hospitalarias utilizadas en los momentos más álgidos de la pandemia. Además, tuvieron una activa participación en la atención médica, la fabricación de insumos clínicos, la protección de instalaciones (almacenes y hospitales), personal sanitario y en la estrategia de vacunación (SSA, 2021a; INSP, 2021).

Por otra parte, la atención a la pandemia demandó la colaboración de todos los sectores de la sociedad y en una articulación de los sectores público-privado que se materializó mediante la iniciativa “Todos juntos contra el COVID”, se lograron convenios de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales que consistieron en destinar la mitad de las camas existentes de los hospitales participantes para brindar atención y servicios médicos y hospitalarios a enfermos no Covid-19 con precios sin fines de lucro, cubiertos por las instituciones de referencia (integrantes del Sistema Nacional de Salud Pública) de un catálogo restringido de atenciones²⁹ necesarias hasta el alta del derechohabiente o beneficiario (Tetelboin, 2020; Gobierno de México, 2021b).

Particularmente, en la Ciudad de México, con una inversión de 800 millones de pesos la iniciativa privada integrada por 15 empresas y liderada por la Fundación Carlos Slim con apoyo técnico y logístico de la Universidad Nacional Autónoma de México habilitaron la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex para la atención de pacientes con Covid-19 leves y moderados. Durante 413 días, se atendieron a más de 9,000 personas contagiadas de coronavirus, el 10 de junio

²⁹ Los padecimientos o tratamientos que se incluyeron en el convenio fueron: Atención de parto, embarazo y puerperio; Cesáreas; Enfermedades del apéndice; Hernias complicadas; Úlceras gástricas y duodenal complicadas; Endoscopias y Colectomías (Gobierno de México, 2021b).

de 2021 cesaron sus operaciones y todo el equipo médico y los trabajadores de la salud fueron reasignados a hospitales de la SEDESA (Zamarrón, 2021; FacMed, 2020). En el tránsito hacia la nueva normalidad que dio inicio el 1 de junio de 2020, se diseñó una estrategia basada en el uso del sistema de semáforo de riesgo epidemiológico que pretendía determinar la reapertura de las actividades económicas en función del nivel de alerta sanitaria que se tenga a nivel estatal, en general, es un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19 compuesto por 4 colores: rojo (máximo riesgo), naranja (alto riesgo), amarillo (medio riesgo) y verde (bajo riesgo) (Tetelboin, 2020; Gobierno de México, 2021a).

Finalmente, el 25 de septiembre de 2020 México firma el acuerdo Covax³⁰ para la adquisición de las dosis suficientes de vacunas para inmunizar, inicialmente, hasta al 20% de la población mexicana y posteriormente conseguir una jornada de vacunación exitosa, México podía elegir cuáles adquirir de una cartera de 9 vacunas candidatas según preferencias y disponibilidad (SRE, 2020). Para llevar a cabo exitosamente el plan de vacunación se conformaron 10,000 brigadas correccaminos en todo el país (SSA, 2021a).

El estado actual de la pandemia por Covid-19 en México

De acuerdo con cifras oficiales emitidas por el Gobierno de México, hasta los primeros días de agosto de 2021 se han confirmado más de 3 millones de casos positivos en el país, con cerca de 250,000 muertes acumuladas que le posicionan como la segunda causa de muerte en México durante 2020, sólo por debajo de las enfermedades del corazón que ocupan el primer sitio y por encima de las muertes por diabetes mellitus tipo 2 (INEGI, 2021; Gobierno de México, 2021). Una situación particular del país es la elevada mortalidad en trabajadores de la salud y el aumento de contagios en la misma población, a diferencia de otros países, esta situación le ha valido importantes críticas a los responsables de la conducción y manejo de la pandemia en el país, desde septiembre de 2020 la Organización Panamericana alertó que México y EUA concentraban el 85% de todas las muertes registradas entre personal sanitario por covid-19 en el continente americano (González, 2020).

³⁰ Es la estrategia de acceso global a vacunas lanzada por la Organización Mundial de la Salud (SRE, 2020).

Actualmente, México atraviesa una tercera ola de la pandemia presentando cifras récord en el número de contagios diarios, a la par el Plan Nacional de Vacunación contra covid-19 avanza a gran velocidad con más de 75 millones de dosis aplicadas que implican cerca de 30 millones de habitantes completamente vacunados, lo que representa el 23% de la población total, cifra con la que el país ha logrado posicionarse en el lugar 10 en América Latina en tasa de vacunación (El Economista, 2021).

A modo de conclusión, una limitante que nos impone un análisis de coyuntura es la dificultad de establecer una perspectiva en el acontecer de los procesos, en este caso, el proceso de transformación del Estado Mexicano se encuentra vivo y se desconoce cuál será el resultado final de éste, sin embargo, es necesario realizar análisis procesuales de los distintos momentos de dicho proceso y en este sentido se enmarca el presente texto. Sin embargo, la revisión realizada merece una crítica primordial al actuar del gobierno actual y es, recordarles que ningún esfuerzo del Estado será suficiente para disminuir la pobreza y paliar las desigualdades sociales existentes sino se detiene la degradación de los sectores populares y asalariados, los datos son contundentes, en un país de cerca de 130 millones de habitantes con altos niveles de informalidad laboral, casi 60% (INEGI, 2021a) y con un aumento de la pobreza, si se le compara con el año de inicio del gobierno actual 2018, que afecta a 44% de la población mexicana, quienes se encuentra padeciendo algún grado de pobreza o de carencia social, además que el porcentaje de personas sin acceso a los servicios de salud incrementó de 16.2% a 28.2% en el mismo período (CONEVAL, 2021). Este panorama explica porque más del 90% de los fallecidos por Covid-19 fueron obreros, amas de casa y jubilad@s, el 50% únicamente tenía nivel educativo de primaria (El Financiero, 2021a). Si bien, a través de las medidas expuestas en este escrito se logró “contener” una mayor afectación a la población más vulnerable del país, la voluntad política no es ni será suficiente sino se acompaña de medidas contundentes que realmente puedan transformar las condiciones de vida y producir el anhelado “bienestar” para hombres y mujeres que tanto promete el gobierno actual.

Tabla 1. Los 30 proyectos y programas prioritarios del Gobierno de México 2018-2024.

Proyectos	Programas Integrales de Bienestar
7. Caminos Rurales	100 Universidades Públicas (Universidades para el Bienestar “Benito Juárez García”)
9. Construcción Refinería Dos Bocas	Programa de Apoyo para el Bienestar de Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras
11. Desarrollo del Istmo de Tehuantepec	Beca Bienestar Educación Básica
13. Internet para Tod@s	Beca Bienestar Educación Media Superior
16. Mejoramiento Urbano	Beca Bienestar Educación Superior
17. Rehabilitación de Refinerías	Producción para el Bienestar
18. Modernización del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México	8. Canasta Básica de Alimentos
19. Nuevo Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles	10. Crédito Ganadero a la Palabra
23. Plan Nacional de Energía Eléctrica	12. Fertilizantes para el Bienestar
24. Plan Nacional de Gas y Petróleo	14. Jóvenes construyendo el futuro
25. Reconstruyendo Esperanza	15. Atención médica y medicamentos gratuitos
26. Rescate del Lago de Texcoco	20. Pensión para Personas con Discapacidad
29. Tren Maya	21. Pensión Universal para Personas Adultas Mayores
30. Zona Libre de la Frontera Norte	22. Precios de Garantía a Productores del Campo
	27. Sembrando Vida
	28. Tandas para el Bienestar

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Gobierno de México, 2019.

Referencias

- Animal Político, Redacción. (2019). El mercado no sustituye al Estado: AMLO dice que se acabó la política de pillaje e inicia la era posneoliberal. *Animal Político*. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2019/03/amlo-modelo-neoliberal-politica-economica-pillaje/>
- Badillo, D. (2021). Déficit de personal, “talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Deficit-de-personal-talon-de-Aquiles-del-sistema-de-salud-mexicano-20210-131-0003.html>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2020. *Política social con enfoque territorial*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS-2020/POLITICA_SOCIAL_CON_ENFOQUE_TERRITORIAL.pdf

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2021). Medición de la Pobreza. *Pobreza en México*. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2019). Plan de Desarrollo 2019-2024. México, D.F.: Presidencia de la República de México, Gobierno de la República. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. México, D.F.: Presidencia de la República de México, Gobierno de la República. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020
- Doyal, L. & Gough, I. (1991) Chapter 4. Physical health and autonomy: the basic needs of persons. En: *Theory of human need* (7-49). London: Macmillan International Higher Education.
- El Economista redacción. (2020). México, lugar 10 en América en tasa de vacunación. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/internacionales/Mexico-es-el-lugar-10-en-América-en-tasa-de-vacunacion-20210718-0042.html>
- El Financiero redacción. (2021). López-Gatell anuncia el 'final' de las conferencias vespertinas de COVID. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2021/06/09/lopez-gatell-anuncia-el-final-de-las-conferencias-vespertinas-de-covid/>
- El Financiero redacción. (2021a). El 94% de las personas fallecidas por COVID-19 en México eran obreros, amas de casa y jubilados *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2021/05/23/el-94-de-las-personas-fallecidas-por-covid-19-en-mexico-eran-obreros-amas-de-casa-y-jubilados/>
- Expansión Política redacción. (2020). Quiénes pueden acceder al INSABI, qué requisitos piden, niveles de atención... *Expansión Política Revista Digital*. Recuperado de <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/01/16/quienes-pueden-acceder-al-insabi-que-requisitos-piden-niveles-de-atencion>
- Expansión Política redacción. (2020a). Lo que debes saber del funcionamiento del Consejo de Salubridad General. *Expansión Política Revista Digital*. Recuperado de <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/03/30/lo-que-debes-saber-del-funcionamiento-del-consejo-de-salubridad-general>
- Forbes redacción. (2019). AMLO perfila un Plan Nacional de Desarrollo 'posneoliberal'. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/amlo-perfila-un-plan-nacional-de-desarrollo-posneoliberal/>
- Fuentes, Y. (2018). AMLO presidente: ¿qué es la "Cuarta Transformación" que propone Andrés Manuel López Obrador para México? *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45712329>
- Gaceta de la Facultad de Medicina redacción (FacMed). (2020). Inauguran la Unidad Temporal COVID-19 en el Centro Citibanamex. *FacMed*. <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/04/22/la-unam-participa-en-habilitar-el-centro-citibanamex-como-unidad-temporal-covid-19/>
- Garduño, R. & Becerril, A. (2021). Se puso fin a la corrupción en la compra de medicamentos: AMLO. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/07/21/politica/se-puso-fin-a-la-corrupcion-en-la-compra-de-medicamentos-amlo/>
- Gobierno de México. (2019). *Proyectos y Programas prioritarios*. <https://www.gob.mx/proyectosyprogramasprioritarios>
- Gobierno de México. (2020). *El pulso de la salud*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/527043/CPM_Pulso_de_la_Salud__21ene20_ok.pdf
- Gobierno de México. (2021). Tablero General Conacyt. *Covid-19 México, Información General*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Gobierno de México. (2021a). Semáforo Covid-19. <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>
- Gobierno de México. (2021b). Semáforo Todos juntos contra el COVID. <https://coronavirus.gob.mx/todos-juntos/>
- González, M. (2020). Coronavirus en México: por qué es uno de los países con más muertes de personal sanitario por covid-19 en todo el mundo. *BBC News Mundo en México*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-54276312>
- Infobae redacción. (2020). Resultados del examen a residencias médicas 2020: este año se duplicó el número de aspirantes aceptados. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/11/29/resultados-del-examen-a-residencias-medicas-2020-este-ano-se-duplico-el-numero-de-aspirantes-aceptados/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2020). *Salud y Seguridad Social. Derechohabiencia*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020*. Comunicado de prensa, 61 (21). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/DefuncionesRegistradas202>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2021a). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEN). Cifras oportunas de marzo de 2021*. Comunicado de prensa, 216(21). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/iooe/iooe2021_04.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2021). Seminario Reflexiones sobre la respuesta de México ante la pandemia de Covid-19 y sugerencias para enfrentar los próximos retos. Recuperado de https://www.insp.mx/resources/images/stories/2021/docs/20210124_recomendaciones_pandemia.pdf
- Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho a mercancía. En A. C. Laurell y J. Blanco (Ed.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. DF, México: Fundación Friedrich Ebert.
- Laurell, A. C. (2019). De Florida al rescate del Seguro Popular. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2019/02/20/opinion/a03a1cie>
- Montalvo, A. (2020). ¿Cuáles son las actividades esenciales que no pararán en la contingencia del Covid-19? *El Economista*. Recuperado de <https://www.economista.com.mx/politica/Cuales-son-las-actividades-esenciales-que-no-pararan-en-la-contingencia-del-Covid-19-20200331-0061.html>
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. París: OECD Publishing.

- Paredes, S. (2018). Los votos para AMLO en 2018 sólo han sido superados por el viejo PRI. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/votos-para-amlo-solo-superados-por-el-viejo-pri>
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2021). Boletín No. 173 Contribuyeron Universidades para el Bienestar Benito Juárez García al mayor incremento de cobertura en Educación Superior. <https://www.gob.mx/sep/articulos/boletin-no-173-contribuyen-universidades-para-el-bienestar-benito-juarez-garcia-al-mayor-incremento-de-cobertura-en-educacion-superior>
- Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE). (2020). Comunicado 307. México realizó el pago del anticipo para el mecanismo COVAX Facility. <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-realizo-el-pago-del-anticipo-para-el-mecanismo-covax-facility>
- Secretaría de Salud (SSA). (2019a). Primer Informe de Labores 2018-2019. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-de-labores-2018-2024-215940>
- Secretaría de Salud (SSA). (2019). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. México, D.F.: Secretaría de Salud, Gobierno de la República.
- Secretaría de Salud (SSA). (2020). Comunicado de prensa 229. Este 1° de diciembre entra en vigor el acuerdo para la atención gratuita de personas sin seguridad social. <https://www.gob.mx/salud/prensa/228-este-1-de-diciembre-entra-en-vigor-el-acuerdo-para-la-atencion-gratuita-de-personas-sin-seguridad-social>
- Secretaría de Salud (SSA). (2020a). Comunicado de prensa 168. El Gobierno de México tomó las medidas más adecuadas para la contención y mitigación de COVID-19. <https://www.gob.mx/salud/prensa/168-el-gobierno-de-mexico-tomo-las-medidas-mas-adecuadas-para-la-contencion-y-mitigacion-de-covid-19>
- Secretaría de Salud (SSA). (2021). Comunicado de prensa 303. Gobierno federal adquiere más de 2 mil 600 millones de piezas de medicamentos e insumos. <https://www.gob.mx/salud/prensa/303-gobierno-federal-adquiere-mas-de-2-mil-600-millones-de-piezas-de-medicamentos-e-insumos?idiom=es>
- Secretaría de Salud (SSA). (2021a). Comunicado de prensa 248. Sector Salud incrementó número de camas para la atención de pacientes COVID-19. <https://www.gob.mx/salud/prensa/248-sector-salud-incremento-numero-de-camas-para-la-atencion-de-pacientes-covid-19>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA). (2019). Primer Informe de Gobierno. Secretaría de Salud. Diciembre 2018 - Agosto 2019. Gobierno de la Ciudad de México, Ciudad de México.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA). (2020). Segundo Informe de Gobierno. Secretaría de Salud. Agosto 2019 – Julio 2020. Gobierno de la Ciudad de México, Ciudad de México.
- Tetelboin, C. (2020). Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México. *Boletín sobre Covid-19 FacMed, UNAM*, 1 (12), 3-11.
- Universidad de la Salud (UNISA). (2021). Notas. Ceremonia de apertura del Ciclo Escolar en la Universidad de la Salud. <https://unisa.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/ceremonia-de-apertura-del-ciclo-escolar-en-la-universidad-de-la-salud-unisa>
- Universidades para el Bienestar “Benito Juárez García” (UBBJ). (2020). *Carreras y Mallas*. <https://ubbj.gob.mx/carrera>
- Urrutia, A. y Villanueva, D. (2019). López Obrador decreta el “fin de la época neoliberal”. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/03/18/lopez-obrador-decreta-el-fin-de-la-epoca-neoliberal-4768.html>
- Vitela, N. (2021). Arranca regulación de plazas en sector salud. *Reforma*. <https://www.reforma.com/libre/acceso/accesofb.htm?urlredirect=/arranca-regulacion-de-plazas-en-sector-salud/ar2208437>
- Zamarrón, I. (2021). Cierra la Unidad Temporal Covid-19 Citibanamex tras 413 días de servicio. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/cierra-la-unidad-temporal-covid-19-citibanamex-tras-413-dias-de-servicio/>

Zonas de Sacrificio: Una nueva expresión de violencia

Carolina Orellana Sepúlveda

En Chile en la región de Valparaíso, existe una gran bahía que une las comunas de Quintero y Puchuncaví.

El Valle de Narau (lugar de refugio), fue el hogar de la milenaria cultura Bato, cuyos vestigios arqueológicos han sido encontrados en conchales abandonados a su suerte. También esta geografía fue la preferida para historias de piratas y navegantes como “Barba azul” o Francis Drake, varias naves naufragaron en esta costa y permanecen en el fondo marino con posibles tesoros de la invasión española, entre otras. Comentados son marinos como Lord Cochrane que visitaba esta bahía y el fundo de Quintero, propiedad de Francisco de Paula y Salas.

La inconmensurable belleza, abundante flora y fauna, humedales prístinos, kilómetros de campos dunares, playas con arenas blancas, un tranquilo mar turquesa que acaricia la orilla de la que fuera la playa más hermosa de las costas de la región; una tierra próspera, con vergeles agrícolas famosos en Chile, maravillaban tanto como sus humedales, bosques esclerófilos y relictos que se extendían a lo largo y ancho de la bahía que también era el hogar de una hermosa manada de delfines.

La riqueza de esta geografía llamó la atención de la aristocracia chilena razón por la cual fue decretado el Primer Balneario de Chile el 26 de diciembre de 1872; posteriormente la familia Cousiño-Sebire construiría el primer muelle transformando a Quintero en un pequeño puerto con ferrocarril. Félix San Fuentes y Josefina Smith, Benjamín Vicuña Mackenna, Isidora Goyenechea, Benjamín Undurraga entre otros, edificaron sus casas de veraneo en Quintero dejándolas como legado arquitectónico e histórico; lamentablemente la mayoría de ellas han sido abandonadas dificultando ser declaradas patrimonio nacional, sufriendo la amenaza de la depredación inmobiliaria que destruyó, por ejemplo, la casona de Luisa Seviré de Cousiño, quien fuera la mujer más adinerada de nuestro continente.

Posteriormente construyeron sus segundas viviendas para disfrutar de este balneario: el presidente González Videla, catedráticos y políticos como Enrique Kirberg, artistas como Juan Downey y Francisco Colohane, también las familias de los jóvenes Ricardo Lagos y Michelle Bachelet; quién habría imaginado que serían cómplices de nuestra precariedad y degradación de bienestar mientras estuvieron al mando del país, teniendo en su memoria hermosos recuerdos de juventud en esta costa.

Nuestra historia cambia drásticamente desde el año 1964 cuando el presidente Jorge Alessandri, autoriza la instalación de la primera termoeléctrica de la empresa Chilgener (actual multinacional AES Andes) y refinería de cobre ENAMI (actual CODELCO) a los pocos meses surgen las primeras denuncias de los agricultores quienes alertaban de la pérdida masiva de sus cultivos, muerte de animales y problemas de salud. Los años pasaron y el cordón industrial comenzó a crecer exponencialmente hasta hoy. La cultura de la agricultura fue aniquilada en poco tiempo, mientras actualmente agoniza la cultura de la pesca artesanal.

A pesar de esto se instalaron cuatro termoeléctricas a carbón de la multinacional AES Andes (que utilizan Petcoke altamente cancerígeno). Hace pocos meses el gobierno de Piñera anunciaba el anhelado cierre de las dos más antiguas como parte del plan de cambio de la matriz energética del país; pero una vez más vimos con espanto que el cierre no es real ya que dejaron las termoeléctricas bajo la figura de “reserva estratégica” de energía como parte del lavado de imagen a “empresa verde”, ahora esperan una nueva evaluación de impacto ambiental, lo cual es una aberración. También la empresa, pretendió utilizar esas instalaciones para presentar proyecto de optimización de planta desaladora para uso industrial, pero echaron pie atrás luego que la Corte Suprema acogiera el recurso de protección presentado por la comunidad organizada de Puchuncaví, en el año 2019.

A las anteriores industrias contaminantes y molestas sumamos la fundición de cobre de la Estatal CODELCO, cuya planta de tratamiento de Riles arroja al mar 384 toneladas de sólidos de los cuales 77,8 toneladas corresponden a Arsénico, lo que significa que en 55 años han arrojado al mar 4.279 toneladas, aumentando en un 23% la concentración de este metal pesado en moluscos y equinodermos que escasamente sobreviven, cuya corriente permite la renovación

de sus aguas pero no existe ningún estudio que determine hacia dónde vá parte de esa contaminación y qué localidad es afectada. También coexisten industrias químicas como Oxiquim, Epoxa, Pacsa y otras como Catamutun Energía, ENEL (con 2 termoeléctricas a gas) la que actualmente pretende instalar planta de hidrógeno verde engañando a la comunidad diciendo que no traería efectos negativos. Continuamos con Copec, Shell, GNL, 3 muelles para hidrocarburos y sustancias químicas tóxicas cuyas faenas para carga y descarga superan al año los 68 millones de litros, siendo parte de los Puertos Concesionados, su fiscalización deficiente y tecnología inadecuada permiten “accidentes” recurrentes. El listado sigue con Gasmar, Enap, Cemento Melón, Minera Monte Carmelo, Puerto Ventanas, responsable de más de 300 varamientos de carbón cancerígeno al año en la única playa de la localidad de Las Ventanas, la que fuera una hermosa caleta de pescadores que hoy en vez de pescar, limpian su playa del carbón.

El 18 de abril de 1994 establecen la norma primaria de calidad de aire para Arsénico, la cual estuvo vigente solo un mes, exponiendo a la comunidad a las continuas nubes tóxicas de colores verde grisáceo o amarillas que generaban fuertes dolores de cabeza, irritación de vías respiratorias y ardor en los ojos de cada escolar que estudió en esta zona. Tras décadas de omisión y producto de la presión ciudadana, la normativa dejó de dormir en el Congreso hasta el 02 de noviembre del 2020 con la presentación del anteproyecto para la misma norma, sin pedir disculpas ni sentir vergüenza por la tardanza.

En 1996 Quintero y Puchuncaví fueron declaradas “zona Saturada por metales pesados y material particulado”, pero a pesar de la gravedad de esta condición (que existe hasta hoy) el cordón industrial continúa creciendo sin criterio ético ni moral.

Actualmente existen 6 concesiones marítimas aprobadas sin ejecutar, entre ellas: Ampliación del Muelle Oxiquim (faena detenida provisoriamente gracias a la comunidad organizada en el año 2019) y el Muelle San José ambos proyectados en la comuna de Quintero cuyo Plano Regulador posee 700 hectáreas para uso industrial que permitiría su crecimiento, pero la comunidad organizada exige (por medio del cambio de uso de suelo a través del Plano regulador regional, se destinen como área verde con árboles nativos, junto con nuevas leyes, normativas, programas de biorremediación, planes de descontaminación para mar, agua dulce, aire y

suelos; contar con un hospital con especialistas con programas de bioestadística y toxicología clínica para tratar todas las enfermedades no transmisibles por contaminación de Arsénico, Plomo, Dióxido de Azufre, Cadmio, Cobre, Níquel, Ozono, MP10, MP 2.5 por nombrar las más dañinas. Aquí estamos expuestos de forma crónica a metales pesados (normados laxamente superando ampliamente lo sugerido por la OMS), también a hidrocarburos volátiles orgánicos e inorgánicos, altos índices de ozono sin normar al igual que la sinergia de todas las emisiones.

Actualmente cerca de 54 mil personas hemos sufrido los estragos del cordón industrial más grande del país, las 19 industrias contaminantes y molestas emplazadas en no más de 4 kilómetros, destruyeron el campo dunar y dos humedales, invaden la comunidad instalándose a menos de 20 metros de distancia. Las empresas de la bahía de Quintero son un polo energético que produce el 60% de la energía para Chile, es la cuenca que sostiene el extractivismo, cuya energía es a costa del bienestar de quienes habitamos este territorio.

Es por esto que describir décadas de degradación no es fácil, duele el cuerpo, el corazón y el alma sentir la degradación de nuestro ecosistema y por ende de nuestra vida por causa de la contaminación del aire, tierra, mar y agua de napas, todo fruto del antropoceno patriarcal junto al modo y estilo de vida capitalista opresor y depredador de toda expresión de vida, cuyo sistema neoliberal - extractivista, impuesto en la dictadura de Pinochet, normalizan la violencia multidimensional, expresada como: contaminación, externalidades negativas, injusticia ambiental, injusticia social, ley ambiental laxa, normativas de agua y suelo inexistentes o precarias, ausencia de normativas para hidrocarburos, compensación entre empresas (distribución de porcentajes de emisiones contaminantes sin usar por industria que contamina menos, lo que permite que siempre cumplan norma), plan de descontaminación atmosférico insuficiente (red de monitoreo de emisiones perteneció al complejo industrial pero hoy está en manos del Estado con la misma empresa supervisora), desregulación de la bahía y sus faenas portuarias, aumento de pobreza económica y multidimensional (Quintero lidera ambas a nivel nacional según Misión de Observación del INDH 2018), vulneración y omisión de Derechos Humanos fundamentales afectando por sobre todo a las mujeres que al decidir gestar, traspasamos mediante el imprinting, la carga de metales pesados al feto en formación generando daño

epigenético heredable hasta la sexta generación, expresado en: problemas neurológicos, malformaciones congénitas, deficiencias respiratorias, daño en el gen vigía para el cáncer P53 (Dr. Andrei Tchernitchin 2009, Departamento de Toxicología Clínica Universidad de Chile). Estas características son propias de zonas industriales conceptualizadas en EEUU el año 2004 bajo la denominación “Zona de Sacrificio”, de las que Chile posee 5: Huasco, Coronel, Tocopilla y Quintero-Puchuncaví, siendo la nuestra la más antigua.

Esta desoladora realidad requiere de un exceso de resiliencia (tan propio del neoliberalismo) de quienes abren los ojos y sacuden de sí la naturalización de esta devastación y sus consecuencias, configurándose una nueva expresión de violencia denunciada con fuerza y que luchamos por detener y cambiar gracias a la construcción de redes colaborativas que nos permiten tener pequeñas luces de esperanza.

Desde el año 2011 hemos sido portada de diarios y noticieros que traspasan la estrategia de invisibilización y normalización impuesta por décadas. Ese año más de 20 escolares de la escuelita de la localidad de La Greda, se intoxicaron con dióxido de azufre presentando graves síntomas, la solución: trasladar la escuela un par de kilómetros, deslegitimar episodio de contaminación e incumplir con el chequeo del estado de salud de los NNA quienes recibían otro golpe que aumentaba su desesperanza aprendida y que hoy como jóvenes, no conocen el deterioro de su salud. La productividad por sobre la protección de la infancia, es una expresión de violencia normalizada en las cúpulas de poder de partidos políticos de derecha o de izquierdas neoliberales que han colaborado por acción u omisión en perpetuar los privilegios del modelo para las familias dueñas del país olvidando al pueblo que sufre. De esta manera aumenta el listado de negligencias del Estado de Chile el cual es fallido, ecocida y genocida.

El 24 de septiembre del 2014 sufrimos el derrame de petróleo más grande de nuestra historia, del cual las autoridades sólo admitieron 3.500 litros, el crudo se expandió por todas las playas de nuestro litoral dejando la costa anóxica, nuestro mar había muerto... la desolación era abrumadora, el futuro lo sentimos tan negro como el petróleo que impregnaba todo hasta nuestros sueños, la mancha avanzó hasta el norte en la costa de Papudo, la empresa responsable fue ENAP. Esta catástrofe dañó nuestra bahía, aniquilando la frágil flora y fauna que sobrevive a las más de 300 toneladas anuales de riles industriales. También dañó severamente la economía

local que hasta hoy vive principalmente del turismo como actividad histórica, ya que solo el 6% de la fuerza laboral trabaja en el cordón industrial (lo que representa 1.600 familias) según la Misión de Observación del INDH año 2018.

El 2016 sufrimos otro inmenso derrame sin determinar, pero esta vez fue Slurry Oil, de ENAP. Las imágenes submarinas eran desgarradoras, las autoridades sin ningún criterio intentaron tranquilizar a la comunidad organizada diciendo que en Chile no existía tecnología ni personal calificado para extraer el aceite decantado del fondo marino y que las precarias faenas realizadas era todo lo que podían hacer, razón por la cual debíamos estar “conformes y agradecidos”, mientras los empresarios denostaban nuestra lucha diciendo que “en el mar no había vida, que no era tan importante”.

El año 2018 vivimos una catástrofe sanitaria sin precedentes en Chile, dejando a la luz todas las negligencias que hemos denunciado por años, haciéndose realidad la certeza de nuestros peores temores. El 21 de agosto sufrimos la emanación de hidrocarburos provenientes del cordón industrial, los que dañaron la salud de 1700 personas de las cuales el 90% fueron niños, niñas y adolescentes entre 9 y 15 años cuyas secuelas persisten hasta hoy. Fueron atendidos en el precario hospital de nuestra comuna: sin especialistas, ni instrumental adecuado, sin información fidedigna para realizar un diagnóstico y tratamiento correctos, ni capacitados para trabajar teniendo en cuenta la realidad ambiental de esta zona de sacrificio; sufrimos la violencia por omisión de un municipio proindustria interesado en acciones superficiales (crear plazas, sedes vecinales y bordes costeros), sin protocolos de emergencia, indiferente e indolente, cuyas acciones (siempre tardías) fueron fruto de la presión ejercida por la comunidad movilizadada y organizada que ante la gravedad de la crisis rompió con fuerzas las estrategias de invisibilización.

Las autoridades - convenientemente inexpertas se hacían cómplices de esta violencia al aceptar sin cuestionamientos que el parque industrial continuase sus faenas, aplaudiendo el populismo del presidente Piñera al visitar Quintero, dejando todas sus promesas en nada; hasta hoy no sabemos con certeza qué gases tóxicos nos envenenaron y dañaron nuestra salud, tampoco se han determinado las empresas responsables, ni conocemos las secuelas a corto, mediano y largo plazo. Los escolares sufrieron la vulneración de 17 de sus derechos de infancia, mientras suspendían las clases en los 23 colegios y jardines sala cuna

de ambas comunas, se vulneró el derecho a la educación, esparcimiento, salud, alimentación, vida misma, derecho a la información, a vivir en un ambiente libre de contaminación etc. Para proteger el parque industrial militarizaron nuestro territorio, vivimos con dolor y rabia la brutal represión policial y de la Armada con carros lanza agua y lacrimógenas, para el gobierno de Piñera no fue suficiente que respiremos a diario dióxido de azufre junto con toda la tabla periódica, nos reprimieron en cada marcha pacífica porque las empresas están primero.

La invisibilización, omisión, deslegitimación de síntomas, estrategias de normalización, persecución y hostigamiento de activistas, la pacificación y discursos populistas de las autoridades, impregnó las calles de Quintero, su pestilencia también nos quitó bienestar emocional y salud mental... respirábamos además de metales pesados, tristeza, rabia, miedo, frustración, impotencia, discriminación, incertidumbre ...respiramos la angustia de la cesantía, vulnerabilidad, pobreza y el dolor de cada madre cuyo hijo e hija perdía el conocimiento, vomitaba o se entumecían sus extremidades por horas, días incluso meses... respiramos el dolor de las cinco mujeres que sufrieron abortos espontáneos producto del envenenamiento, fueron meses de movilización nacional, el cariño y apoyo llegaba de todos los rincones de Chile, ya no nos sentíamos en soledad peleando contra Goliath, otras comunidades abrían los ojos al darse cuenta del peligro de ser una zona de sacrificio. Pero tras la muerte de Alejandro Castro, pescador y amigo dirigente sindical asesinado por el sistema y modelo imperante, la agitación creció, nuestras demandas traspasaron fronteras, pero desaparecimos del mapa con el asesinato del comunero mapuche Camilo Catrillanca. El dolor por la muerte de Alejandro nos sumió en la tristeza, el cansancio tras cuatro meses de movilizaciones y resistencia nos replegó por varias semanas, mientras el alcalde cooptaba a las personas más extraviadas que veían en la lucha popular por los DDHH un espacio para obtener beneficios propios.

A tres años de ese horrible y doloroso episodio vemos con inconmensurable frustración que los envenenamientos continúan por la negligencia, ineficiencia e indolencia de todas las autoridades, al mismo tiempo denunciarnos las sucias estrategias políticas de quienes dicen trabajar para la gente pero que defienden los intereses de los empresarios por sobre la salud de las personas y ecosistemas del que somos parte.

En plena pandemia hemos tenido ocho alertas y dos emergencias por dióxido de azufre, nuestro hospital no cuenta con red de oxígeno ni con presupuesto para esta nueva emergencia sanitaria ya que el gobierno desde el 2019 redujo a cero el presupuesto para salud en nuestra comuna. También hemos sufrido dos derrames de petróleo “menores”, dos nuevas intoxicaciones en ambas comunas con un total de 82 personas intoxicadas y más de 300 varamientos de carbón cancerígeno en la playa de las Ventanas.

En lo que respecta a salud: Quintero no posee estudios, de los 37 mil habitantes existen 435 menores identificados con T.E.A, 365 personas postradas, altas tasas de enfermedades respiratorias y cánceres al estómago, riñones, pulmones, útero, mamas; a diferencia de Puchuncaví los estudios han determinado que esa comuna supera la media nacional de cáncer producto de la exposición aguda y crónica a metales pesados, 1 de cada 5 menores de edad pertenecen a programas de integración escolar por presentar dificultades cognitivas y la única escuela especial de la comuna está ubicada en la localidad de La Chocota, que es la tercera con peores condiciones de suelo (Jamett, 2011). Con respecto a las afecciones respiratorias, son conocidas desde 1999 (Sánchez, et al., 1999). Efectos agudos de las partículas respirables y del dióxido de azufre sobre la salud respiratoria en niños del área industrial de Puchuncaví, Chile. Revista Panameña de Salud Pública), pero es sólo hasta el 2011, tras el episodio de intoxicación en la Escuela de La Greda, que el Estado solicita nuevos estudios que determinaron que ese establecimiento educacional poseía la peor calidad de suelo, presentando elevados índices de metales pesados y escolares con disminución de capacidades cognitivas (Secretaría Ministerial de Salud Región de Valparaíso, 2011).

En octubre del 2018 por encargo de la Defensoría de los derechos de la Niñez, la universidad Católica de Valparaíso inició un estudio que duró seis meses titulado “Afectación de NNA por contaminación en Quintero y Puchuncaví, análisis multinivel de afectación, abordaje y soporte normativo de la emergencia”, los resultados fueron devastadores: “el impacto de la contaminación implica una incidencia muy negativa en su desarrollo vital restringiendo aspectos de su vida complejos y que inciden en su desarrollo como adultos”. El estudio evidenció la total vulneración de los DDHH de los menores de edad y también hizo recomendaciones a los diferentes poderes del Estado, por ejemplo al Poder

Ejecutivo sugiere elaborar cronograma de acción con las medidas del fallo de la Corte Suprema que no especifican un tiempo de ejecución.

A pesar de todos los golpes, seguimos luchando por nuestra vida y ecosistema del que dependemos, sembramos las semillas que continuarán defendiendo el respeto de nuestros DDHH junto con la urgente necesidad de recuperar el bienestar y belleza de nuestra tierra, nos sostiene el arte de crear y fortalecer nuestras redes de colaboración recuperando el valor de la comunidad, buscando ayuda, justicia y dignidad. Merecemos ser una zona en recuperación sustentable, la punta de lanza para los cambios profundos que la crisis global exige en los próximos diez años. Somos como la flor que crece y se abre paso en el cemento.

Al cierre de la edición de este libro, se publicaron los resultados de un estudio muy esperado. Según Madrid E. et al. (2022) se evidencia que la expresión génica puede modificarse en personas expuestas crónicamente a altas concentraciones de metales pesados. La tierra en torno al Complejo Industrial Ventanas, ubicado entre los municipios de Puchuncaví y Quintero contienen concentraciones de metales pesados (As, Cu, Pb, Zn, entre otros) que superan ampliamente los estándares internacionales. El estudio determinó la asociación potencial de los metales pesados en los suelos, especialmente el arsénico, con el estado de metilación de cuatro genes supresores de tumores en residentes permanentes de esos municipios. Se estudió el estado de metilación en los genes p53, p16, APC y RASSF1A, tomando muestras de sangre de adultos que viven en áreas cercanas al complejo industrial durante al menos 5 años y se le comparó con muestras de sangre de adultos que vivían en áreas con concentraciones normales de metales pesados en el suelo. EL Resultado obtenido: los habitantes de un área con altos niveles de metales pesados en el suelo tienen una proporción significativamente mayor de metilación en el región promotora del gen supresor de tumores p53 en comparación con áreas de control (valor p: 0,0035). Este fue el primer estudio que considere las asociaciones entre la exposición a metales pesados en humanos y la metilación aberrante del ADN en Chile, mostrando la necesidad de indagar con mayor profundidad los efectos en salud de la contaminación.

Referencias

- Chile, Secretaría de Ministerial de Salud Región de Valparaíso (2011). *Informa análisis de metales en polvo y suelos a Colegio en Puchuncaví*. Recuperado de http://media.biobiochile.cl/wp-content/uploads/2011/11/Informe_bbcl.pdf
- Madrid, E., Gonzalez-Miranda, I., Muñoz, S., Rejas, C., Cardemil, F., Martinez, F., Cortes, J. P., Berasaluce, M., & Párraga, M. (2022). Arsenic concentration in topsoil of central Chile is associated with aberrant methylation of P53 gene in human blood cells: a cross-sectional study. *Environmental science and pollution research international*, 10.1007/s11356-022-19085-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11356-022-19085-2>
- Sánchez, J. et al. (1999). "Efectos agudos de las partículas respirables y del dióxido de azufre sobre la salud respiratoria en niños del área industrial de Puchuncaví, Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 6 (6)". http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999001100003&lng=pt&nrm=iso
- Sepúlveda, Carolina Orellana (2018). Zonas de Sacrificio: una nueva expresión de la violencia. In: Jara, Angel Erpel. *Mujeres en defensa de territorios. Reflexiones feministas frente al extractivismo*. Fundación Heinrich Böll, Oficina Regional Cono Sur. Santiago-Chile, 2018.

AUTORAS Y AUTORES

Renata Libertad Ávila Valadez. Maestría en Economía Regional y Sectorial por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Doctorante en Estudios Contemporáneos por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Diplomado en Empoderamiento Político de las Mujeres por la Universidad de la Concordia y el PNUD.

Maria Rocineide Ferreira da Silva. Enfermeira, doutora em saúde coletiva. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Orientador de mestrado e doutorado. Membro da Coordenação da Associação Rede Unida Internacional. Membro do GT Abrasco. Líder do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado - CNPq- UECE.

Túlio Batista Franco. Psicólogo, doutor em saúde coletiva e pós-doutor pela Universidade de Bolonha - Itália. Professor e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense em Niterói, Rio de Janeiro-Brasil. Orientador de Mestrado e Doutorado. Coordenador Geral da Associação Rede Unida Internacional. Líder do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde, e do Observatório de Redes de Cuidado - CNPq-UFF.

Carlos Güida Leskevicius. Doctor en Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Trabaja desde 1993 en salud comunitaria y en estudios de género, salud y masculinidades. Es profesor asistente del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Irlanda Libertad Mendoza Pineda. Licenciada en Nutrición Humana y Estudiante de Maestría en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Estudiante de Maestría en Ciencias

Sociales y Profesora de Asignatura de la Academia de Biología Humana de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Emerson Elias Merhy. Médico Sanitarista, professor titular de saúde coletiva da UFRJ-MACAÉ, membro da coordenação nacional da Rede Unida, pesquisador do grupo de pesquisa em Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Maria Augusta Nicoli. Ex-chefe da área de inovação social Regione Emilia-Romagna. médico-psiquiatra, PhD em psicologia social desenvolvimento da inovação social nas políticas e instituições públicas no domínio da saúde e bem-estar; implementação de processos colectivos necessários à mudança institucional-organizacional e desenvolvimento de metodologias para fomentar estes processos. Vice-coordinatrice Rede Unida.

Marcela Nieto Rivera. Enfermera. Asesora de medio ambiente, colegio Enfermeras Regional Valparaíso. Consejo Consultivo hospital de Quintero. Diplomada en toxicología ambiental y evaluación de riesgos en la salud humana (PUC). MBA Salud.

Carolina Orellana Sepúlveda. Voluntaria de organización feminista Casa de la mujer de Quintero, co fundadora de Mesa social de Quintero y encargada de Ecología en Centro Cultural Alejandro Castro, ex co fundadora de Mujeres en zona de sacrificio Quintero-Puchuncaví en Resistencia, colaboró en los movimientos sociales “Salvemos Quintero” y “Cabildo Abierto de Quintero”. Terapeuta integral en bioenergética e instructora de Hatha Yoga. Diplomada en ecología social y ecología política Universidad de Santiago de Chile.

Ricardo H. Pérez Abarca. Enfermero. Académico del Área de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile. Magíster en Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinador Comisión de Extensión y Vinculación con el Medio del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile.

Enrique Teófilo Saforcada. Doctor en Psicología. Profesor Titular de Psicología Sanitaria en la Universidad Favaloro. Área de trabajo e investigación: Salud comunitaria; Gestión de Salud Positiva.

Júlio Cesar Schweickardt. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia. Graduado em Ciências Sociais, Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia e doutorado em História das Ciências e da Saúde. Trabalho com áreas de antropología da saúde, políticas públicas de Saúde, práticas tradicionais de saúde; Coordeno o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA

Eliud Torres Velázquez. Posdoctorante en el Instituto de Investigaciones en Educación, Universidad Veracruzana. Doctor en Desarrollo Rural por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. Miembro del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios Críticos del Desarrollo Rural y de la Red Latinoamericana de Investigación y Reflexión con niñas, niños y jóvenes.



Área Salud Mental
Departamento de Enfermería
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Enfermedad Pública y Salud Mental

Desayunos de Sociocuidado Latinoamericano

**SÁBADO
18
DE JULIO**

9.30 HRS

TRANSMISION ONLINE POR



Departamento de Enfermería
Universidad De Chile

Con la participación de
ENRIQUE SAFORCADA
CAROLINA ORELLANA
MARCELA NIETO
CARLOS GÜIDA
RICARDO PEREZ



@colectivoapane

**MÉXICO:
¿MIRADAS AL NORTE
O MIRADAS AL SUR?**

Renata Avila, U. Autónoma de Zacatecas
Irlanda Mendoza, U. Autónoma de la Cd. de México
Eliud Torres (co-coordinador del GT de Clacso Estudios Críticos del Desarrollo Rural, Chiapas)

Desayunos de Sociocuidado Latinoamericano

5 de Sept.
10 hrs. CH-9 hrs México

Área Salud Mental
Departamento de Enfermería
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

MOVIMIENTO POR EL RIGOR Y LA ÉTICA
M.A.T.

INSTITUTO PATAGÓNICO ESTUDIOS CULTURALES

LIVE

Área Salud Mental
Departamento de Enfermería
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

III DESAYUNO LATINOAMERICANO DE SOCIOCUIDADO

Temas de reflexión y debate:

"AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA"

"APORTES DEL TRABAJO VIVO EN SALUD EN LA CRISIS SOCIOSANITARIA"



Julio Schweickardt
Prof. da Fiocruz-Manaus.
Pesquisador na Amazonia Brasileira



Rocineide Ferreira
Profa. da Universidade Estadual do Ceará.
Educadora Popular



Túlio Franco
Prof. da Universidade Federal Fluminense.
Rede Unida

Sábado 26 de septiembre
10.00 hrs. (Chile, Brasil, Argentina) 08.00 hrs. (México)
Transmisión en vivo por Facebook Live.
<https://www.facebook.com/enfermeriauchile/>
Coordinan y moderan: Ricardo Pérez A. y Carlos Guida L.

MOVIMIENTO POR EL RIGOR Y LA ÉTICA
M.A.T.

INSTITUTO PATAGÓNICO ESTUDIOS CULTURALES

Agradecimientos

A todos y todas las personas que participaron en el proceso de realización de los “Desayunos de Sociocuidados Latinoamericanos”, especialmente al Movimiento por el Agua y los Territorios, Instituto Patagónico de Estudios Culturales durante los primeros meses de pandemia, con el objetivo de reflexionar y buscar estrategias de cuidados colectivos promovido por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile.

A todas las personas que luchan día a día por un mundo distinto, un mundo mejor.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-51-8

