

Los gobiernos latinoamericanos frente a la emergencia sanitaria del SARS-CoV-2

Latin American governments in the face of the SARS-CoV-2
health emergency

Lilia Paola Martínez Meléndez¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3856-0583>

Resumen

En este artículo se analiza la manera en que dos países latinoamericanos, México y Colombia, hicieron frente a la pandemia del Covid-19. Los criterios de su análisis se basan tanto en la forma en que se organizan estos Estados nacionales, así como su tendencia ideológica. Además, se valoran las medidas tomadas para enfrentar al virus, sumado a fenómenos como el negacionismo de la pandemia y las políticas de salud pública, incluso la ausencia de las mismas, que impactaron tanto en el número de contagios como de fallecimientos.

Palabras clave: Pandemia; México; Colombia; Federalismo; Centralismo.

Abstract

This article analyzes the way in which two Latin American countries, Mexico and Colombia, coped with the Covid-19 pandemic. The criteria of their analysis are based

¹ Estudiante de doctorado en estudios latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México, maestra en estudios latinoamericanos por la misma universidad e historiadora de la Universidad de Cartagena. Contacto: <lpmartinezmel@gmail.com>

both on the way in which they organize these national states, as well as their ideological tendency. In addition, the measures taken to confront the virus are valued, in addition to phenomena such as denial of the pandemic and public health policies, including the absence of them, which impacted both the number of infections and deaths.

Keywords: Pandemic; Mexico; Colombia; Federalism; Centralism.

A comienzos de 2020 el mundo entero presenció el comienzo de una nueva pandemia, generada por el coronavirus SARS-CoV-2. Proveniente de China, hizo un rápido recorrido por los países de Oriente hasta llegar de la mano de turistas y viajeros desprevenidos a tierras europeas, donde tuvo sus primeros números de contagios y muertes más alarmantes. Poco a poco, la enfermedad calaba en países muy lejanos a su epicentro. A pesar de la distancia y de estar blindada por dos océanos, la pandemia llegó a América Latina. El primer caso confirmado en la región se dio en Brasil, a través de un paulista de 61 años que había realizado un viaje de negocios a la región de Lombardía en Italia; esto fue el 9 febrero de 2020. Desde ese día las alarmas se encendieron, dado el conocimiento que se tenía de la fragilidad de los sistemas sanitarios, la poca efectividad de los mismos y la carencia de recursos; en síntesis, un conglomerado de fallas estructurales e históricas, que efectivamente convirtieron al subcontinente en el centro de la pandemia.

El presente artículo plantea poner sobre la mesa la forma en que dos países latinoamericanos han manejado la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19: México y Colombia. La muestra se toma con base en dos criterios: la forma en la que están organizados estos Estados y el tipo de tendencia política que tienen los gobiernos de cada uno. El primero de los casos es un gobierno de corte progresista, cuyo líder ha sido la cabeza de una izquierda estatista y democrática durante los últimos veinte años y que cuenta con una forma de Estado federalista. La combinación de la forma Estado y el tipo de gobierno ha determinado algunas de las medidas que se han tomado

en el país para intentar aplacar el avance del virus, sumado a la actitud un tanto negacionista de la gravedad de la crisis del gobierno central, lo cual ha provocado que paulatinamente el país encabezara las listas de números de contagios y muertes a nivel mundial.

El otro caso a estudiar es el colombiano, con un gobierno de corte de extrema derecha, una forma de gobierno centralizada y un líder sin mayor experiencia en administración pública. A diferencia de México, Colombia sí realizó el cierre de sus fronteras y persuadió a su población de mantenerse en casa, cerrando en primera instancia centros recreativos y escenarios deportivos, a la vez que promovía la suspensión de actividades académicas presenciales.

Ambos Estados al inicio de la pandemia colocaron el bienestar de la economía antes que la detención del avance de la enfermedad. Esto lo podemos constatar con la negación de México de cerrar fronteras, argumentando que no existe una demostración científica o histórica que avale la efectividad de este tipo de medidas. Pero si esta hipótesis la contrastamos con los resultados obtenidos en Nueva Zelanda, Uruguay o China –epicentro de la enfermedad– notamos que las cuarentenas, los programas de aislamiento y el cierre de fronteras sí resultaron ser efectivas, no como medida única, aunque sí como apoyo para el control de la propagación de la enfermedad.

A pesar de las medidas tomadas por cada uno de los países, no se ha logrado controlar la propagación del virus. Medidas que han incluido el distanciamiento social, cierre de establecimientos comerciales no esenciales como bares, restaurantes, tiendas de ropa, etc., han sido escasas para aminorar los daños en la salud y evitar muertes. Para entender lo que sucede en América Latina tenemos que comprender la multifactorialidad de fenómenos que convergen en una región, como sistemas de salud precarios, crisis políticas y económicas, altos índices de violencia, pobreza y desigualdad social.

Manejo de la pandemia por parte de los Estados latinoamericanos: federalistas y centralistas

Seis son los países latinoamericanos que aparecen entre las doce naciones del mundo con mayor número de infectados por el virus (Gómez, 2020). El ritmo de contagios en Brasil superó rápidamente a los números registrados en Italia, uno de los países más afectados por la pandemia en una primera ola. Las medidas tomadas por el gobierno central de Jair Bolsonaro desde el inicio de la pandemia fueron laxas, convirtiéndose en uno de los lugares que menos precauciones tomó para la mitigación de la propagación de la enfermedad. Esto se produjo al ignorar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud con la justificación de que acogerse a ellas sería perjudicial para la economía del país, además de alegar la falta de legitimidad de esta entidad, si bien es el órgano de Naciones Unidas encargado de la prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Igualmente esta entidad no se escapa de las críticas, principalmente al conocer que sus principales entidades financiadoras son empresas privadas, fundaciones “filantrópicas”, organizaciones que representan los intereses de las grandes corporaciones multinacionales relacionadas con la producción y la comercialización de agrotóxicos, vacunas y todo tipo de productos farmacéuticos (Ramírez-Hita, 2019, p. 107).

El primer caso confirmado en Colombia se registró el 6 de marzo de 2020. A partir de ahí las medidas tomadas fueron insuficientes, dado que las fronteras aéreas seguían recibiendo pasajeros desde casi todos los destinos del mundo, los cuales a la llegada al país no estaban obligados a seguir un cerco epidemiológico. Ese fue uno de los errores en cuanto al manejo de la propagación del virus, ya que no se hizo un adecuado aislamiento de las personas que arribaban al país; desde los primeros meses de la propagación del virus en este país suramericano, ciudades con alta

circulación de personas extranjeras, como Cartagena, experimentaron un rápido incremento de contagios.

Una de las propuestas para la contención de virus fue decretar estrictas cuarentenas, que obligó a la población a detener sus actividades cotidianas. El inconveniente con esta medida es que, en Latinoamérica, la generación de empleos y de una parte significativa de los ingresos de las familias dependen de la informalidad, y ese fue uno de los sectores que más fue afectado por este tipo de medidas. En los últimos meses se ha visto una reapertura paulatina de ciertos sectores; esto como política para aminorar la ya aguda crisis económica y como mecanismo para deslindar la responsabilidad de los gobiernos. La necesidad de la población, inclusive, ha hecho que parte del comercio informal reactive actividades al margen de las indicaciones gubernamentales. Como se esperaba, estas reaperturas ocasionaron un repunte de la propagación del coronavirus y, por tanto, hoy en varios países de la región se está viviendo una segunda ola de contagios, que en algunos casos ha estado superando a los registros presentados en los primeros meses del confinamiento. Apelando al autocuidado, los gobiernos colocan en la población la responsabilidad de su bienestar y posible cuidado, pero en el escenario actual, muy difícilmente las recomendaciones de sana distancia, lavado de manos o uso de elementos de protección personal podrán tener efectividad.

Colombia, siendo el tercer país más poblado de la región latinoamericana con poco más de 50.800.000 habitantes, a partir del mes de agosto de 2020 es una de las diez naciones con más números de contagios en el mundo, a pesar de que en el país se decretó una cuarentena estricta desde el 24 de marzo del mismo año con paulatinas concesiones de reapertura en diversos sectores. En un país tan centralista como este, llama la atención que los decretos presidenciales se acatan de manera parcial. Esto a criterio personal tiene dos explicaciones. La primera, el gobierno nacional no ha tomado medidas de facto que impacten directamente sobre el

bienestar de la población; por esa razón los gobiernos locales se han visto en la obligación de saldar esos vacíos de representatividad y liderazgo, haciendo caso omiso o parcial a las concesiones hechas desde Bogotá. La segunda radica en que son los gobiernos locales los que conocen las necesidades de su población y las condiciones de su infraestructura para los servicios de salud. Son ellos quienes tienen de primera mano las cifras de contagio y, por lo tanto, pueden saber si la aplicación de las medidas ofertadas por el gobierno es viable o no.

En Bogotá, por ejemplo, la alcaldesa Claudia López tomó la decisión de decretar en algunos momentos cuarentenas sectorizadas, esto con la intención de impedir que toda la ciudad se paralizara, sin embargo, estas medidas por sectores no han resultado efectivas, así que también ha tenido que decretar cuarentena en toda la ciudad. Otras medidas tomadas por las alcaldías de diversos municipios han sido el “pico y cédula”, las restricciones de movimientos por género –muy polémicas, pero llevadas a cabo–, toques de queda, limitaciones a la movilidad de adultos mayores, la no apertura de sectores comerciales como bares y restaurantes.

En materia de movilidad internacional e interdepartamental, de manera predecible, la primera frontera colombiana terrestre en cerrar fue la venezolana, desde el 14 de marzo de 2020, posteriormente se cerraron todas las fronteras terrestres y se limitó también la circulación de pasajeros en el interior del país a partir del 17 de marzo y solo se permitieron viajes internacionales a partir del 30 de junio del pasado año. La tendencia de la política internacional del gobierno colombiano se vio claramente reflejada en la forma en la que se ejecutó este cerramiento de fronteras aéreas y terrestres (González y otros, 2021).

Uno de los primeros casos de contagio de los cuales se tuvo conocimiento fue el de una joven de 19 años que viajó desde Italia el 6 de marzo; para ese mes, Italia ya era una de las naciones con mayores números de contagios a nivel mundial, pero las restricciones

de vuelos únicamente se habían aplicado a China y otros países de Oriente, y costó algunas semanas más hacer que el gobierno limitara la llegada de vuelos procedentes de Europa.

En los primeros meses de la pandemia, el gobierno de México fue uno de los más criticados al insinuarse que este ha estado ocultando la magnitud de la pandemia en sus territorios. Desde que se confirmó su primer caso, el 28 de febrero de 2020, las medidas parecieron laxas y las autoridades confiaron en la infraestructura de su sistema de salud, hecho que les otorgó resultados positivos durante algunas semanas; sin embargo, con el tiempo, las falencias de esta medida comenzaron a tener repercusiones. Las condiciones globales de la salud de los habitantes del país colocaban a esta nación dentro de los lugares que apuntaban a tener mayor número de muertos; problemas de salud pública como la diabetes, la hipertensión y la obesidad aumentaron el riesgo de decesos por Covid-19. En efecto, la primera muerte registrada fue de un hombre de 41 años, el 18 de marzo de 2020, siendo su factor de riesgo haber sufrido de diabetes (González y otros, 2021).

Durante los primeros brotes, el presidente Andrés Manuel López Obrador se negaba a usar mascarilla y el subsecretario de salud del país, Hugo López-Gatell, recomendaba su uso. Este detalle denota lo incompatibles que fueron los discursos con los que se trató la pandemia en las primeras semanas. Conforme pasaban los días y el número de contagios y muertes aumentaba, la posición del gobierno central tendió a cambiar un poco y ser más consciente de la gravedad de la situación.

Para el caso de México debemos tener en cuenta que el número de pruebas realizadas ha sido uno de los más bajos de la región, por eso se estima que el nivel de la propagación del virus sea mayor del que arrojan los informes oficiales. Aun así, pese a los conocidos faltantes de información, este país encabeza las listas de infectados y muertes, solo superado por Brasil. La falta de pruebas se explica a partir de la desafiante actitud de sus autoridades de salud,

que confiaron en que el comportamiento de la pandemia en este territorio sería más favorable. En palabras de López-Gatell, cualquier ampliación en el número de pruebas en la población mexicana sería una pérdida de tiempo, esfuerzo y dinero. Por otro lado, el mensaje simbólico que envían tanto el subsecretario de salud como el presidente es contundente, el hecho de que López Obrador nunca use mascarilla en eventos públicos y que López-Gatell lo haga ocasionalmente refleja la poca importancia que el gobierno le ha dado a la promoción de su uso; no obstante, esto contrasta con la postura de la jefa de gobierno de la Ciudad de México, lugar que ha sido el epicentro de los contagios desde el principio de la emergencia sanitaria –en conjunto con su área metropolitana–.

Los países con mejores resultados en el control de la propagación del virus han tenido algunos aspectos en común, principalmente, la realización masiva de pruebas, el aislamiento de los casos positivos, la recomendación del uso de mascarillas y el estricto distanciamiento físico. Pero en los escenarios latinoamericanos, donde la informalidad es una norma vital y el contacto físico es una manera de interactuar con el mundo, estas recomendaciones parecen ser insuficientes.

Lo ocurrido en México se puede explicar desde múltiples aristas, pero una en donde más tinta se puede colocar es el manejo mediático y la politización de la crisis sanitaria. Las decisiones tomadas por el gobierno central han sido cuestionadas desde la oposición, quien se acoge a datos como el hecho de que México tiene el récord de ser el país con mayor número de muertes de profesionales de la salud.

La actitud inicial del gobierno mexicano fue cediendo en la medida en que el avance de la pandemia desvirtuaba sus mensajes de tranquilidad. En el último tiempo el país ha tomado iniciativas significativas para el control de la propagación de la enfermedad, siendo entonces, el primer país en Latinoamérica en iniciar el proceso

de vacunación, dando prioridad al golpeado sector de los trabajadores de área de la salud.

Durante una parte significativa de todo el periodo pandémico, Brasil ha sido el segundo país en número de muertes en el mundo, solo superado por India en algunos momentos de la pandemia; junto con México, los dos países más poblados de América Latina han presentado el mayor número de muertes. Sin embargo, hay indicadores que preocupan un poco más, como las muertes por cada millón de habitantes, siendo Perú el país que peores cifras muestra –agregando que este país registró mayor caída en su crecimiento económico en comparación con otros países de la región–, seguido por Brasil. El compendio del total de las muertes ha sido tan alto que convirtieron al continente en la zona con mayor número de muertes a nivel mundial, aunque tuvo tiempo para prepararse para la llegada de los primeros contagios y la expansión de la pandemia, las fallas estructurales e históricas han dejado consecuencias lamentables, tanto pérdidas humanas como la agudización de la crisis económica.

Una de las consecuencias del confinamiento fue la disminución del gasto y del consumo de los hogares, esto es lo que ha generado la contracción de las economías; no obstante, no fue la única razón que ha provocado la caída de los PIB de la región. El descenso en el número y valor de las importaciones, menor consumo en servicios como el turismo y el entretenimiento en espacios públicos, el deporte, restaurantes y el comercio de pequeñas superficies se suman a los causantes de la crisis.

La contracción de las economías no es uno de los mejores indicativos de bienestar de la población, dado que solo mide el nivel de consumo de los países; para tener una mejor claridad en el impacto que ha tenido la pandemia en las personas otro indicador es la seguridad alimentaria, por ejemplo. Los datos constatan que la pandemia por Covid-19 ha generado un aumento del hambre en la región (Luiselli, 2020). Según el reporte global sobre las crisis

alimentarias de 2020, la crisis por Covid-19 ha agravado la situación de las poblaciones con inseguridad alimentaria aguda o crítica. Una de las claves de la seguridad alimentaria está en el acceso de forma continua y sistemática a una alimentación suficiente; durante esta crisis, el limitado acceso a los alimentos se debe a la caída en los ingresos de los hogares, más que por la carencia de los mismos, dado que la producción mundial no ha descendido (Luiselli, 2020). El constante crecimiento de la brecha social y la desigualdad económica ha hecho que el acceso de los recursos básicos por parte de la población más vulnerable se haga cada vez más difícil.

Para el caso de México, las pocas restricciones impuestas a los viajeros que deciden entrar al país como turistas le ha permitido convertirse en uno de los países más visitados el pasado año, aún en medio de una emergencia sanitaria global. En 2019 fue el sexto país con mayor número de visitas por turismo, pero en 2020 llegó a ser el tercero (García, 2020); todo esto debe analizarse dentro del contexto de pandemia, dado que esta nueva posición la alcanzó debido que otros países con alto número de turistas sí cerraron sus fronteras, como es el caso de España. Las ganancias dejadas por los viajeros ha sido uno de los incentivos para que el país continúe teniendo sus fronteras aéreas abiertas, aún más, cuando los ingresos que genera el turismo se han convertido para el país en la tercera fuente de recursos, solo precedidas por las remesas y el petróleo; caso que contrasta fuertemente con sus fronteras terrestres, a través de las cuales el flujo de personas tampoco ha disminuido, pero para efectos económicos no es una población anhelada. La militarización de la frontera sur o el aumento en el número de deportaciones de migrantes ilegales son un indicativo de que las fronteras de México solo están abiertas para quienes puedan pagar su estadía y demostrar legalidad en su tránsito.

Pandemia y sistemas de salud

A pesar de las críticas que se le puedan hacer a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es cierto que ha intentado regular la puesta en marcha de políticas de salud en pro del beneficio de la mayor cantidad posible de personas. Como entidad diplomática recomienda que los buenos sistemas deben propender al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible. Para la OMS, un buen sistema debe ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención (deslindando así parte de la responsabilidad de los Estados para la protección de la vida de sus ciudadanos), así como responder a las expectativas que tienen respecto de su tratamiento, con la dignidad que se merecen (Bengoa y otros, 2003, pp. 117-118).

La crisis sanitaria por Covid-19 encontró a los sistemas de salud del continente en condiciones precarias; estado en el que se encuentran por motivos estructurales y poca voluntad política: “se trata de sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados, que presentan importantes barreras para el acceso” (CEPAL-OPS, 2020). La crisis de los sistemas de salud del continente – y esta vez incluyó también a países de Norteamérica como los Estados Unidos– se viene fraguando desde la década de 1980. La llamada “década perdida” significó para la región la consolidación de un régimen económico y político que exacerbó las precariedades de la población y destruyó las economías nacionales, lo cual se vio reflejado en el incremento de la pobreza, aumento del desempleo y precariedad en los salarios. Pero como aspecto a resaltar, dentro de las nuevas apuestas gubernamentales, estaba el desmantelamiento de los sistemas de servicios públicos, escenario en el cual el sector de la salud se vio en algunos casos completamente abandonado o desfinanciado (Laurell, 2016, p. 194).

Aquí analizaremos las condiciones de los sistemas de salud de México y Colombia, con el objetivo de realizar un esbozo de las

condiciones a las que se enfrenta una persona enferma. Con una ascendente supresión de la idea del derecho universal al acceso a la salud, los sistemas de salud de la región se fueron configurando conforme a las necesidades del mercado. El primer país en adoptar su sistema de salud al mercado fue Chile, con un proceso de neoliberalización de su aparato estatal que ya ha sido bastante estudiado, por lo que se convirtió en el laboratorio de las políticas que hoy por hoy corroen los pasillos de los hospitales y centros de salud. Esta neoliberalización es un proceso historizable, pero no nos centraremos en ello, dado que eso puede ser material para otros análisis, pero sí es pertinente tener claros algunos puntos de quiebre acaecidos en las últimas tres décadas, especialmente en México y Colombia.

Iniciaremos con México, país que durante el siglo XX vivió la consolidación de algunos de los preceptos revolucionarios de 1917, en que uno de ellos fue el establecimiento de una política nacional de salud pública. Ese año se creó el Departamento de Salubridad Pública, como institución que implementaría la política sanitaria del país. La primera mitad del siglo XX mexicano fue fundamental para la evolución de sus políticas de salud, con gobiernos como los de Lázaro Cárdenas.

La política de salud en México ha estado ligada a la reglamentación laboral; el mismo Departamento de Salubridad Pública fue la antesala para la promulgación de la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo; de igual manera uno de los seguros de salud públicos más grandes del continente es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), surgido en 1960 (Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998). El vínculo entre el trabajo y el acceso a la salud, le ha permitido a cierto porcentaje de la población mexicana acceder a este derecho; sin embargo, quedan por fuera del sistema una parte importante de la población, aquella que depende del trabajo informal y cuyos ingresos no le permiten costear un seguro médico

privado. A pesar de lo anterior, en México se está un poco más cerca de la atención universal en salud. Durante la década del sesenta fueron construidos algunos de los hospitales que durante la pandemia se han dedicado a la atención casi exclusiva de pacientes Covid-19, pero ello no ha sido suficiente, dado que las demandas actuales no son las mismas de hace cincuenta años. La población durante este medio siglo se triplicó y la infraestructura heredada de la época evidentemente es insuficiente para la atención sanitaria, tanto de enfermos con Covid-19 como por otras enfermedades.

En Colombia el sistema de salud ha sido privatizado desde la implementación de la Ley 100 de 1993. La pauta marcada desde hace casi treinta años ha convertido a la salud en un privilegio al cual solo pueden acceder quienes pueden pagar por ella. Al contrario de lo que se llegó a pensar con la implementación del sistema actual, la atención universal en salud es inexistente, elemento que fue en principio uno de sus motores para su instauración. El derecho quedó a costa de los intereses del mercado a través de las denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) –donde se evidencia mayormente la tercerización del trabajo de los trabajadores del sector salud y de la misma prestación del servicio– y, por ello, el acceso a servicios básicos de atención, tratamiento de enfermedades crónicas, acceso a especialistas, es una proeza. Uno de los problemas detectados de este sistema es lo complejo que es poder tener acceso a la atención médica; las entidades de salud solo son intermediarias que complejizan esta acción y en algunos momentos llegan a entorpecerla (Merlano-Porras y Gorbanev, 2013, p. 76). Es por ello que, dentro del panorama pandémico, pacientes que requieren atención inmediata sufren complicaciones o fallecen únicamente por las dilatadas esperas en los centros de salud.

En la región, uno de los países que puede decirse relativamente victorioso en el manejo de la pandemia, inclusive antes de la llegada de la vacuna, es Uruguay. Si bien tiene algunos índices

favorecedores como su población (3.461.734) y su densidad poblacional (20 habitantes por Km²), esto no desmerita la efectividad del sistema de salud heredado de los gobiernos del Frente Amplio. Su reforma del sistema concluyó en 2007 con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), reforma que se logró realizar gracias a un proceso de negociación con partidos políticos y el sector privado. Según Isabel Pereyra González, columnista del periódico *La Opinión*:

La reforma se inspiró en ejemplos de los estados de bienestar; se podría decir que es un sistema mixto que tomó fundamentos del modelo alemán, basado en la seguridad social, y el inglés, de prestador estatal único. Si bien esos fueron los sistemas inspiradores, se buscó un camino propio, que organizó la institucionalidad sobre lo preexistente (el sistema público tradicional y el mutual) (Pereyra González, 2019).

Al 19 de enero de 2021 Uruguay presenta 330 muertes por Covid-19, cifra significativamente baja. Esto se explica por varias razones. Uruguay se adelantó al diagnóstico de la enfermedad, realizando un alto número de pruebas diarias y promoviendo de manera temprana el uso de la mascarilla y cerrando comercios (González, 2021). A pesar de lo ocurrido en otros países, el gobierno uruguayo no obligó a su población a realizar cuarentenas. Desde los primeros contagios detectados el mes de marzo de 2020 se cerraron fronteras, se suspendieron vuelos internacionales, clases y actividades religiosas y deportivas. La estrategia del gobierno fue apelar al autocuidado ciudadano, hecho que sitúa el éxito uruguayo como cultural; a pesar de que la cuarentena no fue obligatoria, fue decisión de las personas quedarse en casa, acción que se realizó en un 90%. A la acción ciudadana se le sumó la creación del Fondo Coronavirus financiado a través de los recortes de los salarios del presidente, congresistas y altos funcionarios del gobierno (BBC News, 2020). Otro asunto a resaltar del manejo de la pandemia fue el

consenso y la unidad política, elementos que han sido escasos en otros países de la región. Este conjunto de medidas ayudó a que el sistema de salud de los uruguayos no llegara a congestionarse y a mantener los buenos números que aún sigue manejando.

El recuento de los daños: víctimas mortales en la región

En muchos aspectos Latinoamérica era una región vulnerable; la falta de infraestructura, el poco control de la población y las falencias de sus sistemas de salud crearon un coctel para que la enfermedad se extendiera rápidamente. En esta ocasión, analizaremos los casos más significativos en cuanto a la propagación, medidas de contención y superación de la enfermedad. En países como Perú la crisis sanitaria llegó a agudizar la crisis política por la que atraviesa, pero también se puede decir que la crisis política ha contribuido a que los embates de la pandemia se sientan con mayor rigor en este país. El número de víctimas mortales del virus ha convertido a Perú en el primer país con una mayor tasa de mortalidad por Covid-19 en la región, con un estimado de 106,7 muertes por cada 100.000 habitantes (Varsky, 2020).

El caso de Perú es una clara muestra de que la estabilidad de un gobierno es primordial a la hora de enfrentar desastres naturales o emergencias sanitarias. Las protestas ocurridas en el último tiempo no se encuentran aisladas dentro del panorama regional e internacional. A pesar de la crisis sanitaria, el descontento social ha avivado la aparición marchas y manifestaciones en pro de un cambio para la mejora de las condiciones generales de la vida. Por otro lado, al primer día de diciembre de 2020, el Covid-19 se convierte en la primera causa de muerte en Costa Rica, siendo un país modelo al inicio de la pandemia, no pudo contener las consecuencias inminentes de los cambios impredecibles del comportamiento de la pandemia.

En un informe presentado por el Banco de Desarrollo de América Latina se analizan los índices de muertes esperadas por Covid-19 y los casos de muertes causados por la enfermedad (Berniell, 2020). Este informe considera que “la mortalidad esperada por Covid-19, bajo ciertas condiciones, debería ser más baja en países con poblaciones más jóvenes (como los países de América Latina) que en países más envejecidos (como los europeos)”. Sin embargo, los datos generados en la región apuntan todo lo contrario; a pesar de ser un continente joven, el índice de mortalidad por Covid-19 ha superado las estimaciones, concluyendo que, salvo Uruguay y Paraguay, a los países de la región les ha ido peor que a los países europeos y esto se explica porque, a pesar de la relativa juventud de su población, la respuesta de los sistemas sanitarios es insuficiente, hecho que se acentúa por la precaria cobertura existente antes de la pandemia.

Aun contando con los anuncios sobre la llegada de vacunas (México ha sido el primer país en recibirlas y en iniciar su plan de vacunación), los más recientes datos arrojados de la propagación de la pandemia no son alentadores, Brasil ha alcanzado a registrar 45.023 infectados en promedio durante el último tiempo, Colombia reporta en promedio 12.996 y México 10.467 contagios diarios (Reuters, 2020). No son datos alentadores, dado que a mayor número de contagios crece la probabilidad de aumentar el número de decesos. La apuesta del caso más sobresaliente en el manejo de la pandemia en la región pareciera ser la respuesta efectiva a la propagación de la enfermedad mediante el consenso, acatamiento de medidas y unidad de criterios; motivos que fueron fundamentales en Uruguay para mantener números bajos de contagio y de muertes. Mientras esto no suceda, poca efectividad tendrán los planes de vacunación, por muy pronto que se hayan iniciado.

Conclusiones

La crisis sanitaria causada por la pandemia de la Covid-19 ha acentuado la vulnerabilidad de las naciones latinoamericanas. Ella vino a reiterar la tendencia de aumento de las desigualdades sociales, concentración de la riqueza, aumento del desempleo, entre otros indicadores que no han dejado de crecer desde 2008 (Valenti Randi, 2020). Además, hay que destacar el aumento de las desigualdades de género; en este último año se ha constatado que las mujeres se han visto perjudicadas dado que ha aumentado su carga laboral, sumado esto a que las actividades laborales realizadas por este grupo de la población implican un alto riesgo de contagio y el confinamiento las ha expuesto a más riesgo de padecer violencia de género, llegando inclusive a aumentar el número de feminicidios (Cecchini y otros, 2020, p. 3).

La “primavera andina” es el nombre con el que se identificado una serie de protestas dadas en distintos países de la región (Carvallo, 2020). En ellas, la población clama por mejores condiciones de vida y por garantías de derechos sociales y civiles; desde 2018, Colombia, Chile, Bolivia, Ecuador y Perú han venido realizando protestas masivas, las cuales no han parado aún a pesar de la contingencia sanitaria. Es un hecho que esta última emergencia ha acrecentado las barreras sociales y económicas, así como que los gobiernos de turno han puesto pocas políticas en marcha para aminorar su impacto, resguardados en la cobija de que todos sus esfuerzos están puestos para contener el avance de la pandemia.

Como hemos visto, la crisis sanitaria solo ha venido a ensanchar problemas estructurales que ya se venían gestando en el planeta. Para comprender su envergadura debemos analizarlo en conjunto bajo la perspectiva de las ciencias de la complejidad; en vista de que las posturas lineales y fragmentadas únicamente sesgan los análisis que se puedan hacer sobre ellos y las posibles soluciones que se puedan plantear. Nos encontramos en tiempos cruciales: el

cambio climático, la destrucción de los ecosistemas, el voraz avance de la civilización, la avanzada de gobiernos fundamentalistas y de extrema derecha, han puesto en evidencia la llamada crisis de la modernidad (Barrera Bassols y otros, 2020). Con la pandemia estos problemas se han agudizado, pero también se ha evidenciado que existe el deseo en algunos grupos de la población por frenarlos; por lo general, jóvenes, marginados de los privilegios, son quienes se han colocado en la primera línea de lucha, levantando su voz de insatisfacción.

El manejo de la pandemia por parte de los gobiernos, y la menor o mayor efectividad de sus medidas, han acelerado los cambios en la geopolítica mundial. Son claros los fracasos de Occidente: Europa con sus grandes números de muertes e infectados, Estados Unidos siendo el país con mayor número de enfermos y muertes y Latinoamérica que se ha visto inmersa en callejón sin salida. Esta situación contrasta con Oriente: China, el epicentro de la pandemia, ha sido uno de los pocos países que ha demostrado crecimiento económico durante 2020 y también ha sido un referente para el manejo de la pandemia, reportando alrededor de 95.000 casos y menos de 5.000 muertes, cifras considerablemente bajas en relación con su población. A excepción de India y los países de Medio Oriente, el hemisferio oriental se ha mantenido con buenos indicadores respecto al manejo de la pandemia, esto le ha permitido continuar con sus actividades cotidianas de una manera relativamente normal y, como consecuencia, las afectaciones de sus economías no han sido alarmantes. Como lo sostiene Gabriel Merino (2020): "(...) los países de Asia-Pacífico y China, el país más poblado del mundo con 1.400 millones de habitantes, mostraron una capacidad socio-estatal muy superior frente a la pandemia. Su capacidad para controlar la enfermedad, tener un bajísimo número de fallecidos y a su vez mantener funcionando la economía los deja en una posición muy superior frente a otras regiones del mundo y, especialmente, en relación a la situación de Estados Unidos, donde

se combina una estrepitosa caída en la economía junto con un desastre sanitario”.

Así lo deja en evidencia un informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde dice lo siguiente: “(...) se indica que tanto el control de la pandemia como la reapertura económica requieren liderazgo y una rectoría efectiva y dinámica de los Estados, mediante políticas nacionales que integren políticas de salud, políticas económicas y políticas sociales” (Cecchini y otros, 2020). No obstante, la participación incongruente de los gobiernos latinoamericanos en el manejo de la pandemia ha dejado a la región como una de las zonas en el mundo con mayores efectos negativos. La CEPAL también ha argumentado que, de no controlarse la curva de contagios, será muy difícil restablecer la economía de los países latinoamericanos; sin embargo, a opinión personal, considero que la crisis sanitaria solo ha llegado a acentuar una crisis económica, la cual iba a establecerse en la región con o sin pandemia. Aunque este informe hace especial énfasis en el proceso de la reactivación económica, no deja de hacer notar las falencias sociales que afronta la región. El progresivo avance de la política económica neoliberal ha llevado a que el Estado repliegue sus responsabilidades para con su pueblo, lo cual se traduce en la firma de tratados de libre comercio, que conlleva la quiebra de las industrias nacionales en pro del fortalecimiento de las importaciones, la enajenación del estado en la toma de decisiones de carácter social y la venta de las empresas públicas. Esto muestra cuáles son las fallas estructurales existentes y cómo los gobiernos han respondido a la crisis.

Bibliografía

América Latina y el Caribe (2020). *Reuters*. Recuperado de: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/regions/latin-america-and-the-caribbean/>

Barrera Bassols, Narciso; González de Molina, Manuel; Montoya Toledo, José Nelson; Morales Villeda, Olga Isela y Meseguer, Shantal (2020). La cruel pandemia, crisis de la modernidad y agudización de la crisis alimentaria en el mundo. Luchas y salidas comunes. *CLACSO*. Recuperado de: <https://www.clacso.org/la-cruel-pandemia-crisis-de-la-modernidad-y-agudizacion-de-la-crisis-alimentaria-en-el-mundo-luchas-y-salidas-comunes/>

Bengoia, Rafael y otros (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>

Berniell, Lucila; De la Mata, Dolores y Cabral, Guillermo (2020). Demografía y pandemia: qué revelan las muertes por Covid-19 en América Latina. *Banco de Desarrollo de América Latina*. Recuperado de: <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/>

Carvalho, Pelao (2020). La primavera andina florece en pandemia. *CLACSO*. Recuperado de: <https://www.clacso.org/la-primavera-andina-florece-en-pandemia/>

Cecchini, Simone y otros (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. *Informe COVID-19. CEPAL-OPS*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>

Coronavirus en Uruguay: la singular y exitosa estrategia del país para contener la pandemia sin cuarentena obligatoria (29 de mayo de 2020). *BBC News*. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52837193>

García, Jacobo (25 de diciembre de 2020). Precios bajos y menos restricciones convierten a México en el tercer país más visitado del mundo. *El País* (Ciudad de México, México). Recuperado de: <https://elpais.com/mexico/2020-12-26/precios-bajos-y-menos-restricciones-convierten-a-mexico-en-el-tercer-pais-mas-visitado-del-mundo.html>

Gómez, Ángela (25 de agosto de 2020). Seis países latinoamericanos, entre los más afectados por el Covid-19. *France 24*. Recuperado de: <https://www.france24.com/es/20200825-seis-paises-america-latina-afectados-mundo-covid19>

González, Elizabeth y otros (2021). El coronavirus en América Latina. *Americas Society & Council of the Americas*. Recuperado de: <https://www.as-coa.org/articles/el-coronavirus-en-america-latina>

Laurell, Asa Cristina (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293-324. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Luiselli, Cassio (2020). La seguridad alimentaria frente a la pandemia del Covid 19. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Recuperado de: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/la-seguridad-alimentaria-frente-a-la-pandemia-del-covid-19.html>

Merino, Gabriel (2020). Reconfiguración del mapa del poder mundial: ascenso de Asia-Pacífico y el declive de Occidente. *CLACSO*. Recuperado de: <https://www.clacso.org/reconfiguracion-del-mapa-del-poder-mundial-ascenso-de-asia-pacifico-y-el-declive-de-occidente/>

Melano-Porras, Carlos Andrés y Gorbanev, Iouri (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86. Bogotá: **Pontificia Universidad Javeriana**. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf>

Pereyra González, Isabel (12 de septiembre de 2019). Modelo de reforma del sistema de salud en Uruguay. *La Diaria Opinión*. Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2019/9/modelo-de-reforma-del-sistema-de-salud-en-uruguay/>

Ramírez-Hita, Susana (2019). Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur global. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(1), 106-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/120/12060715013/html/index.html>.

Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Rodríguez Pérez, Martha Eugenia (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 5(2), 293-310. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200002

Valenti Randi, Manuel (9 de octubre de 2020). La pandemia de las desigualdades. *CLACSO*. Recuperado de: <https://www.clacso.org/la-pandemia-de-las-desigualdades/>

Varsky, Juan Pablo (26 de octubre de 2020). Estos son los 10 países con mayor tasa de mortalidad por covid-19 en América. *CNN en Español*. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/video/mortalidad-covid-19-peru-bolivia-brasil-chile-mexico-perspectivas-buenos-aires/#0>