

Panamá, mayo - agosto 2022

COYUNTURA INTERNACIONAL

Atilio Borón	Conflicto Rusia-Ucrania: Una segunda mirada	5
Emir Sader	Pandemia y Ucrania: Decadencia de la hegemonía norteamericana	9
Pablo Pozzi	Biden y el gran juego del siglo XXI	13
Olmedo Beluche	¡Fuera tropas rusas de Ucrania! ¡Fuera la OTAN de Europa!	21
Vladimir I. Lenin	Ucrania	29

PANDEMIA Y SOCIEDAD

Nicolás Rey	"¿Un virus neoliberal o social, hasta autoritario?"	33
Gonzalo Basile y Oscar Feo	Determinación, dependencia y descoordinación en las vacunas para COV-2	61

SALUD PUBLICA

Reymundo Gurdíán G.	El proceso de constitución de la salud pública en Panamá	81
Bety L.Díaz y Alberto Valdés T.	Una mirada al modelo biomédico desde la socialización del médico	103

TAREAS SOBRE LA MARCHA

Gersán Joseph Garzón	La influencia del negro en la cultura del Istmo	121
----------------------	--	-----

RESEÑAS

Azael Carrera H.	<i>Panamá modelo dual y excluyente. Retos y desafíos.</i>	131
Gabriel Herrera S.	<i>Pensamiento crítico: Ensayo sobre filosofía de la liberación y decolonización</i>	135

Los artículos que publica la revista TAREAS son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no expresan necesariamente el pensamiento del comité editorial.
Para la reproducción parcial o total de los trabajos aquí publicados, solicitamos que se haga mención de la fuente y se envíe copia a la redacción.

TAREAS

Tareas /nº1, editada por Ricaurte Soler, (octubre 1960)
Panamá

Revista cuatrimestral de ciencias sociales del Centro de Estudios Latinoamericanos, (CELA), "Justo Arosemena". Editada, impresa y manufacturada en Panamá. ISSN 0494-7061

CELA

"Justo Arosemena"

Comité directivo: Azael Carrera H., Secretario Ejecutivo, Kurt Dillon E., Jorge Ventocilla C., Luis Chen G. Dídimo Castillo y Carlos Escudero. **Secretaría administrativa:** Melanie Agudelo, **Publicaciones:** Valeria Neumann G. **Documentación:** Johana Escobar y Dumas Myrie, **Investigadores asociados:** Alfredo Castillo C., Juan Jované, Ligia Herrera J., Dídimo Castillo, Alvaro Uribe, Eloy Fisher, Françoise Guionneau, Janio Castillo C., Magela Cabrera A., Gerardo Maloney, Maryorie Centeno y Mario De León.

Para correspondencia, canje y suscripción:

CELA "Justo Arosemena"/*Tareas*
Apartado: 0823-01959
Panamá, R. de Panamá
Teléfono: 223-0028
cela@salacela.net
<http://www.salacela.net>
Tiraje: 500 ejemplares

Tarifa:

Suscripción anual en Panamá B/. 30,00
Resto del mundo US\$190,00
(Precios exterior por transferencia bancaria)

Precio de venta B/. 5,00

Presentación

El mundo se encuentra sumergido en una crisis profundizada por la pandemia y la guerra entre Rusia y Ucrania que amenaza con expandirse a otras latitudes. Algunos señalan que la primera puso fin a la era del capitalismo neoliberal, mientras que la guerra pone fin a la hegemonía de EEUU y abre la posibilidad de un mundo multipolar.

Los efectos de la crisis se sienten con intensidad en los países de la periferia sobre todo entre los grupos vulnerables por el alza del combustible y los precios de los alimentos. El Banco Mundial calcula que América Latina retrocedió 25 años en su lucha contra la pobreza durante el tiempo que duraron las medidas restrictivas. A la histórica dependencia que mantenía la región con respecto a los países centrales, se han añadido otras. Sin embargo, hay un ganador: el complejo de las industrias transnacionales farmacéuticas cuyas finanzas crecen exponencialmente. Aprovechando, la necesidad de mantener a la población vacunada (demanda cautiva), se resisten a liberar las patentes protegidas mediante leyes internacionales de propiedad intelectual cuyo garante y defensor es la OMC.

Sin embargo, basados en las estadísticas de contagios, hospitalizaciones, ocupación de unidades de cuidados intensivos, así como las tasas de mortalidad entre los distintos países, la pandemia deja claro la necesidad de contar con sistemas de salud públicas robustos. Aquellos países cuyos gobiernos privilegiaron la salud de su población mostraron mejor desempeño en estos indicadores, mientras que aquellos que protegieron su mercado, la pandemia provocó estragos.

Este último es el caso de Panamá, donde los fondos de emergencia se desviaron para proteger bancos y empresas. La postura de una de las principales agrupaciones de la elite panameña era que "de nada le va a servir al país tener una población 100 por ciento sana, si se va a tener un país en bancarrota y con muy pocas posibilidades de recuperación". Un estudio publicado por el BID muestra que la economía muestra signos de recuperación en este año, en el país se ha aumentado la pobreza extrema en 6.5 puntos y la pobreza general 12.5.

En esta entrega *Tareas* reproduce una sección titulada, Coyuntura Internacional, dedicada a descifrar las causas, consecuencias de la guerra entre Rusia y Ucrania. Se presentan

cuatro artículos de latinoamericanos, Boron, Sader, Beluche y Pozzi que desde un enfoque crítico denuncian las propagandas mediáticas en torno a la guerra y señalan los intereses de EE. UU, OTAN y Rusia por controlar el sistema mundo. También se quiso reproducir un escrito de Lenin entorno a Ucrania y la estrecha relación entre este país y Rusia.

En la sección Pandemia y Sociedad se presentan dos excelentes trabajos que analizan las dinámicas económicas y políticas que están detrás de las distintas formas de enfrentar la pandemia. Rey nos presenta una primera entrega en torno a las políticas neoliberales implementadas para enfrentar la pandemia, mientras que Basile nos muestra cómo el sistema COVAX profundiza la dependencia de América Latina y aleja la posibilidad de que esta región alcance una soberanía sanitaria.

En la sección Salud Pública tenemos dos artículos preparados por científicos sociales panameños. Es importante mirar el pasado para comprender el presente, precisamente esto es lo que hace Gurdíán, la falta de un sistema de salud que priorice el bienestar de la población es en parte producto de la dependencia de relaciones neocoloniales. Desde la llegada de los norteamericanos la gestión de la salud de las ciudades de Panamá y Colón quedó en manos de la Administración del Canal. Por otro lado, Díaz y Valdés, mediante enfoque cuantitativo, demuestran los efectos deshumanizantes de la socialización profesional de futuros aspirantes a médicos en sus sistemas que separa lo biológico de lo social.

En la acostumbrada sección *Tareas* sobre la marcha, Gersán Joseph rescata el aporte de los negros en la producción del hábitat y la cultura material del país, algo invisibilizado por la historiografía dominante tendiente a enfocarse en la historia desde arriba, olvidando la subalternidad.

Para cerrar, se presentan dos reseñas de libros presentados en el XIV Congreso Nacional de Sociología, la primera preparada por Azael Carrera Hernández en torno al libro del sociólogo panameño Dídimo Castillo, *Panamá: Modelo dual y excluyente*. La segunda por Gabriel Herrera sobre el libro del filósofo Abdiel Rodríguez, *Pensamiento crítico: Ensayos sobre filosofía de la liberación y decolonialidad*.

COYUNTURA INTERNACIONAL

CONFLICTO RUSIA-UCRANIA: UNA SEGUNDA MIRADA*

Atilio Borón**

Resumen: La invasión de Ucrania, aunque injustificable, es producto de treinta años de hostigamiento a Rusia de parte de EEUU y sus aliados de la OTAN. El avance de esta última hacia el este, en violación a los acuerdos establecidos, y el golpe de estado de Ucrania en el 2014 consagrado desde la CIA que instauró un gobierno fascista y anti ruso, son factores políticos que explican la ocupación.

Palabras clave: Ucrania, Rusia, invasión, guerra, OTAN

*Tomado de <https://atilioboron.com.ar/blog/>

**Político y sociólogo argentino, exSecretario Ejecutivo de CLACSO.

A medida que se extiende la ocupación rusa en Ucrania –y digo “ocupación” para usar el término aplicado a las invasiones que cuentan con la bendición de los poderes establecidos: ocupación de Irak, de Libia, de Siria, de los territorios palestinos, etcétera- se multiplican los interrogantes sobre la naturaleza y significado de esta operación. De partida se impone desechar por completo las supuestas “verdades” y “evidencias” aportadas por la prensa occidental desde sus naves insignias en Estados Unidos y Europa porque lo que difunden esos medios es una descarada propaganda. Claro, desde un punto de vista estrictamente militar es cierto que Rusia “invadió” a Ucrania. Pero como “la guerra es la continuación de la política por otros medios”, recordaba von Clausewitz, ese despliegue militar debe ser calificado e interpretado en función de las premisas políticas que le otorgan su sentido. Esto es lo que trataremos de hacer a continuación

Y esas premisas son muy claras: Rusia adoptó esta medida excepcional, y que en abstracto merece una condena, como respuesta a treinta años de ataques iniciados tras el derrumbe de la Unión Soviética. Hace ya un tiempo que Vladimir Putin con su habitual contundencia dijo a los líderes occidentales: “ustedes no se contentaron con derrotar a Rusia en la Guerra Fría. Ustedes la humillaron”. La lucha política (y militar) no es un ejercicio abstracto o un concurso de gestos o frases retóricas. Por eso lo que en un cómodo plano de la intelección las cosas se presentan con una claridad absoluta y sin fisuras en la fragorosa lucha en el barro y sangre de la historia la “invasión” de marras aparece con un significado completamente distinto: como la reacción defensiva ante un hostigamiento interminable e injustificado. Una vez desintegrada la URSS, Rusia disolvió el Pacto de Varsovia, estableció un régimen político al estilo de las democracias europeas, restauró con métodos mafiosos un capitalismo profundamente oligárquico, abrió su economía a los capitales extranjeros e incluso jugó con la idea de incorporarse a la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN). Sin embargo, pese a todo ese esfuerzo de adaptación al consenso ideológico-político

occidental Rusia igual siguió siendo considerada como un actor aberrante en el sistema internacional, al igual que en los tiempos soviéticos, como una enemiga de la cual hay que protegerse y, al mismo tiempo, evitar que se proteja porque si la seguridad internacional es algo no negociable para Estados Unidos y sus aliados europeos tal privilegio no se le reconoce a Rusia.

La operación militar lanzada contra Ucrania es la consecuencia lógica de una injusta situación política, o el punto final ante lo que Boaventura de Sousa Santos diagnosticara como “la absoluta ineptitud de los líderes occidentales” para darse cuenta de que no hay ni habrá seguridad europea si ésta no se garantiza también para Rusia. Ineptitud de un liderazgo europeo merecedor también de otros calificativos: miopes, corruptos, ignorantes y sumisos hasta la ignominia frente al hegemón estadounidense que no dudará en librar nuevas guerras en Europa o en su antejardín del Oriente Medio cuantas veces convenga a sus intereses.

Esta falencia a nivel de liderazgo los ha llevado primero a despreciar o subestimar a Rusia (expresando una difusa rusofobia que no pasa desapercibida para muchos rusos) y después a demonizar a Putin, proceso en el cual Joe Biden llegó a excesos inimaginables en el campo de la diplomacia. En efecto, en plena campaña electoral y para demostrar su actitud dialoguista lo caracterizó como el jefe de una “cleptocracia autoritaria”. En una nota publicada poco después del golpe de estado del 2014 Henry Kissinger, criminal de guerra, pero a diferencia de Biden profundo conocedor de las realidades internacionales, escribió en cambio que “Putin es un estratega serio, en línea con las premisas de la historia rusa” pese a lo cual en Occidente ha sido objeto de una sistemática subestimación. Y remata su razonamiento diciendo que “para Occidente, la demonización de Vladimir Putin no es una política; es una coartada para cubrir la ausencia de una política.” En ese mismo artículo, altamente recomendable para la izquierda posmoderna cada día más confundida, tanto en Latinoamérica como en Europa, el ex Secretario de Estado de Nixon aporta una reflexión necesaria para comprender la

excepcionalidad de la crisis ucraniana. Es que para los rusos “Ucrania nunca podrá ser un país extranjero. La historia de Rusia comienza en lo que se conoce como Kievan-Rus”. Y es por esto que aún tan agrios disidentes del sistema soviético como Alexander Solzhenitsyn y Josep Brodsky “insistían en señalar que Ucrania era una parte integral de la historia rusa, y por lo tanto de Rusia”. Ninguno de los líderes de Occidente parecen tener la menor idea de este legado histórico, decisivo para comprender que Putin haya trazado la “línea roja” de la OTAN precisamente en Ucrania.

Estas referencias, que parecen alentar una actitud escapista o negacionista ante el horror del momento actual son imprescindibles para comprender el conflicto y, eventualmente, resolverlo. Por eso conviene leer lo que en 2014 escribiera un internacionalista estadounidense, John Mearsheimer, cuando Washington montó en conjunción con las bandas nazis el golpe de Estado que derrocó al legítimo gobierno de Víktor Yanukóvich. En ese artículo el profesor de la Universidad de Chicago dijo que la crisis ucraniana y la recuperación de Crimea realizada por Putin es “culpa de Occidente”, de su torpe manejo de las relaciones con Moscú. Añadía también que cualquier presidente de Estados Unidos habría reaccionado con violencia si una potencia como Rusia hubiera precipitado un golpe de Estado en un país fronterizo, digamos México, depuesto a un gobierno amigo de Washington e instalado en su lugar a un régimen profundamente anti-americano. (*Why the Ukraine crisis is the West fault*, en *Foreign Affairs*, Vol. 93, Nº 5, Septiembre-Octubre 2014).

En suma: las apariencias no siempre revelan la esencia de las cosas, y lo que a primera vista parece ser una cosa –una invasión– mirada desde otra perspectiva y teniendo en cuenta los datos del contexto puede ser algo completamente distinto.

PANDEMIA Y UCRANIA: DECADENCIA DE LA HEGEMONIA NORTEAMERICANA*

Emir Sader**

Resumen: El siglo XXI inicia una nueva Guerra Fría que se diferencia de la anterior por la decadencia de la hegemonía norteamericana y el fortalecimiento de fuerzas que pugnan por un mundo multipolar. La situación abre nuevas oportunidades para una América Latina mucho más consolidada y posiblemente controladas por gobiernos progresistas en un futuro inmediato.

Palabras clave: Hegemonía, Guerra Fría, Mundo multipolar, EE. UU.

* Tomado de <https://www.alainet.org/es/articulo/215014>

**Filósofo y politólogo brasileño.

El siglo XX termina con la disputa entre el declive de la hegemonía imperial estadounidense y el surgimiento de fuerzas favorables a un mundo multipolar en el centro de la lucha política mundial. Ya se proyectaba como la disputa central del nuevo siglo.

El siglo XXI acelera estas disputas. En primer lugar, con la irrupción de la pandemia, que pone de manifiesto la debilidad de EEUU para hacerle frente y la forma mucho más acertada de China de afrontar sus efectos. Lo que ya se reveló como un factor que acelera el enfrentamiento central en el nuevo siglo.

Cuando la pandemia parecía ser el factor determinante en la entrada del siglo XXI, que marcaría todo el nuevo siglo, surgió la guerra en Ucrania. Esto ya se produjo en el nuevo marco de alianzas estratégicas entre Rusia y China, que formalizó un largo proceso de acercamiento entre ambas potencias. Al mismo tiempo que la administración de Donald Trump y sus secuelas -incluida la invasión del Capitolio- revelaron la crisis del sistema político estadounidense y la fuerza de una derecha transformada en extrema derecha. Un nuevo elemento de debilitamiento de la capacidad de hegemonía política en el mundo, que siempre se enorgulleció de su modelo de democracia.

La tercera década del nuevo siglo proyecta así una nueva forma de Guerra Fría. La primera se basaba en el relativo equilibrio entre EEUU y la Unión Soviética, con la superioridad económica y tecnológica de EEUU, y un equilibrio entre ambas potencias a nivel militar.

Desde que la URSS hizo su bomba atómica, se ha impuesto a EEUU un equilibrio catastrófico, en el que ya no es posible una nueva guerra mundial, porque las dos potencias se destruirían mutuamente. Fue en este marco que surgió la Guerra Fría.

En el que se enfrentaron los conflictos entre los dos bloques -liderados por EEUU y la URSS-, pero en un marco de convivencia, con pactos políticos y diferencias entre ellos. La crisis de Cuba y los conflictos en torno a Berlín fueron los

momentos de mayor riesgo de enfrentamiento abierto entre los dos bloques. Sin embargo, en el marco del equilibrio catastrófico, encontraron vías de resolución pacífica de los conflictos.

En la primera Guerra Fría fue característica la superioridad del bloque occidental a nivel económico, apoyado en las economías norteamericana, europea y japonesa, frente al relativo atraso de la URSS y los demás países del bloque liderados por ella. EEUU utilizó esto para influir en la situación interna de la URSS como propaganda del éxito económico del capitalismo y las tentaciones del consumismo de mercado.

La combinación de estos factores, más el congelamiento de la situación interna de la URSS, incapaz de renovarse como economía y de democratizarse -especialmente acentuada durante los largos 18 años de gobierno de Brezhnev-, terminó desembocando en la crisis interna que llevó al fin de la URSS. Por primera vez, una gran potencia en la historia de la humanidad prácticamente se derrumbó desde adentro, sin ser derrotada en una guerra.

La desaparición de la URSS y del campo socialista ha devuelto al mundo a un período de hegemonía unipolar a escala mundial, bajo la dirección de EEUU, que no existía desde la hegemonía británica del siglo XIX.

Pero este escenario duró poco. Las transformaciones en Rusia bajo Putin y los avances en China impulsaron rápidamente una nueva situación. La nueva Guerra Fría es muy distinta de la anterior. EEUU es más débil y las fuerzas alternativas, a favor de un mundo multipolar, agrupadas en los BRICS, tienen una fuerza creciente.

El acuerdo estratégico entre China y Rusia se produce en paralelo a un debilitamiento de la hegemonía estadounidense sobre su campo. En la guerra de Ucrania, Francia y Alemania se vieron tentadas a tomar iniciativas propias, sin confiar en el vacilante papel de Biden en la coordinación del campo imperialista.

Comparado con la fuerza que tuvo en la primera Guerra Fría, ya sea en el campo político, económico, tecnológico y hasta militar, EEUU es flagrantemente más débil. En la crisis de Ucrania, incluso la superioridad militar de EEUU resultó

ser relativa, ya que la iniciativa y la audacia de Rusia neutralizaron su capacidad de acción.

Al mismo tiempo, las eventuales victorias de Lula y Petro podrían configurar una América Latina más fuerte y coordinada que nunca, que fortalezca a los BRICS y el surgimiento de un mundo multipolar. La nueva Guerra Fría será así muy diferente a la primera, menos estable en el equilibrio de fuerzas entre los dos bloques, con tendencia al fortalecimiento de las fuerzas emergentes y al declive de EEUU.

El siglo XXI seguirá siendo un siglo de disputa entre el declive de la hegemonía norteamericana y el ascenso de fuerzas favorables a un mundo multipolar. Pero tanto la pandemia como la guerra de Ucrania aceleran esta disputa, acentuando el desenlace favorable para esta última. El destino de EEUU en el nuevo siglo se convierte en una incógnita.

El eventual regreso de Donald Trump a la presidencia de EEUU podría representar una forma de convivencia con Putin y la propia China o una nueva forma de confrontación, ya que Trump puede darse cuenta de cómo el prestigio de EEUU y sus efectos en el electorado de los EEUU tienen efectos muy importantes también electoralmente.

La tercera década del siglo XXI resulta decisiva para el destino del mundo a lo largo de la primera mitad del siglo y quizás incluso de todo el nuevo siglo. La disputa entre el declive de la hegemonía norteamericana y el creciente fortalecimiento de las fuerzas favorables a un mundo multipolar deben llevar al mundo, a finales de esta década, a un nuevo escenario político diferente, con un papel decisivo para los BRICS.

BIDEN Y EL GRAN JUEGO SIGLO XXI*

Pablo Pozzi**

Resumen: La decadencia de la hegemonía norteamericana pretende ser salvada agudizando los enfrentamientos con China y Rusia, algo que las políticas de Trump se habían apartado y su sucesor retomó con gran fuerza. La guerra entre Ucrania y Rusia es explicada por la injerencia de EEUU y la OTAN que pretenden acorralar a Rusia y quebrar su economía a través de sanciones que a la larga provocarían un efecto, pero el método tampoco es una solución a los problemas de Biden y de su imperio

Palabras clave: Guerra, imperio, Rusia, Ucrania, economía.

*Tomado de <https://www.clacso.org/tag/pablo-pozzi/>

**Historiador argentino, miembro del Grupo de Trabajo de CLACSO Izquierdas: praxis y transformación social.

Durante toda la segunda mitad del siglo XIX Inglaterra llevó adelante una cantidad de medidas diplomáticas y militares para mantenerse como la potencia preeminente en el Medio Oriente. Su gran contrincante fue la Rusia zarista cuyos grandes objetivos eran el desmembramiento del Imperio Otomano y la decadencia de los británicos en la India. Esta lucha fue asemejada a una gran partida de ajedrez, con pueblos y naciones como piezas, y la llamaron el Gran Juego. Un elemento clave, de lo que también denominaron el Torneo en las Sombras, fue que lo que se decía no era lo que se hacía. Dicho de otra manera, fue la gran época de las fake news. Con el conflicto ucraniano parecería que estamos en una nueva edición del torneo, pero esta vez con EEUU reemplazando a Gran Bretaña como protagonista central. Lo que está en juego es que una de las potencias se resigne a dejar de serlo: mejor dicho, a que Rusia deje de serlo, mientras Estados Unidos continúa su declive sin interrupciones.

Esto no es nuevo. Por detrás de la Guerra Fría y la lucha contra “el comunismo ateo y bárbaro”, estaba el esfuerzo norteamericano por desarrollar y mantener su hegemonía mundial. La disolución de la URSS pareció poner fin al Juego, cuando en realidad abrió lugar a una segunda etapa. Gorbachov y sus sucesores, convencidos que el enfrentamiento con EEUU era ideológico, pensaron que la caída del Estado soviético podría inaugurar una era de relaciones amistosas entre dos potencias capitalistas. Y mientras Yeltsin y sus asesores se esforzaban por tener buenas relaciones, los norteamericanos avanzaban firme y silenciosamente para extender su influencia sobre lo que habían sido las naciones en la esfera soviética. Mientras los empresarios saqueaban Europa del Este en la década de 1990, el Departamento de Estado, la CIA y el National Endowment for Democracy hacían caer una lluvia de dólares sobre todos aquellos políticos anti rusos que deseaban cobijarse bajo el paraguas y la dominación del imperio norteamericano. La contrapartida de esta “ayuda” económica era facilitar tanto la penetración de las empresas norteamericanas, como la integración de estas naciones al Pacto de la OTAN. Aquellos que retenían algunos visos de independencia, como Yugoslavia, se vieron desmembrados

por las fuerzas de la OTAN en apoyo de movimientos escasamente democráticos como los paramilitares (y supuestamente narcotraficantes) del Ejército de Liberación de Kosovo. Más aun, la OTAN intervino en lugares alejados de su mandato original como cuando destruyó la Libia de Muamar Khadafi.

Todo lo anterior le permitió a EEUU una década de hegemonía incuestionada, pero que no resolvió su decadencia económica. O sea, la tasa de ganancia sobre capital invertido viene en descenso desde hace ya más de cuatro décadas. Esta decadencia, traducida en incrementos en la inflación, la tasa de desempleo y la productividad por hora trabajada además del crecimiento del sector especulativo en detrimento del productivo, hizo eclosión en 2009 generando descontentos entre la población norteamericana y fricciones entre los sectores de la clase dominante en torno a la política a seguir en el futuro. Para todo un sector, acaudillados por el Claremont Institute de California, la política inaugurada sobre todo por Clinton no había logrado detener la decadencia, y menos aún frenar el ascenso de China. Por ende, había que encarar una nueva política exterior donde se enfatizara a China como enemigo, mientras se mejoraban las relaciones con sus posibles aliados como Rusia. Esta fue la perspectiva del gobierno de Donald Trump, y explica el deshielo en las relaciones con Moscú, el diálogo con Corea del Norte, mientras aumentaba la presencia militar norteamericana en África y los mares de Asia.

El sector contrario, que se remontaba a la era Reagan, y tuvo continuidad en los gobiernos demócratas y republicanos de los Bush, Clinton y Obama, considera que hay que enfrentar a ambos –Rusia y China–, elevando la presión sobre Rusia no sólo para acceder a sus recursos naturales sino para dificultar ese acceso tanto a China como al otro gran rival, la Unión Europea. Este sector tiene fuertes vínculos con el complejo militar industrial. Así el secretario de Estado de Biden, Anthony Blinken, un especialista en Europa del Este y China, fue segundo del Asesor de Seguridad Nacional de Obama, y es cofundador y dueño de WestExec Advisors, una empresa que se dedica a “facilitar” la negociación de contratos entre diversas corporaciones y el Pentágono.

Blinken y varios otros ejecutivos de WestExec y empresas similares han servido en todos los gobiernos desde 1980 hasta el día de hoy, excepto los cuatro años de Trump. Por ejemplo, Victoria Nuland, esposa de Robert Kagan que fue uno de los principales asesores de los Bush, y que fue el artífice del auge de los neonazis en Ucrania. Ni hablar de Janet Yellen, ahora secretaria del Tesoro, que fue presidente de la Reserva Federal entre 2014 y 2018 (en caso que no se den cuenta sirvió “con honor” bajo ambos: Obama y Trump).

Para este sector el gobierno de Trump fue un desastre, no solo por lo errático del “Presidente de la cabellera naranja”, sino sobre todo porque pretendía alejarse de las políticas nacionales e internacionales que nos habían brindado desde la crisis subprime hasta las guerras de Iraq y Afganistán. Esas políticas empobrecieron a millones de norteamericanos, pero también significaron que los 100 multimillonarios más grandes de Estados Unidos triplicaron y cuadruplicaron sus fortunas en menos de una década y media. Este sector orquestó la campaña electoral de Joe Biden, un demócrata derechista con fuertes vínculos con el complejo militar industrial y, a través de su hijo Hunter, con los neofascistas ucranianos. Su triunfo implicó un retorno a la política anterior a Trump, pero esta vez de forma recargada.

En cuanto asumió la Presidencia, el nuevo giro se hizo evidente. Por un lado, Biden nombró al Departamento de Estado a toda una serie de expertos que se destacaban por su larga tradición anti rusa. Entre estos nuevos funcionarios no hay progresistas y tampoco moderados. De hecho, sus principales artífices en política exterior pueden ser todos denominados “halcones”. Es notable que han servido en los gobiernos de Obama y también en los de George W. Bush, y que todos están vinculados al complejo militar industrial y a diversas propuestas de intervención militar en el mundo. En todos los casos, su eje central es revertir el deterioro del poderío mundial norteamericano, enfrentando “con decisión” al “expansionismo ruso y chino”. Al mismo tiempo, no hay especialistas en América Latina o África. Todos ellos concentran sus conocimientos en Rusia y China. Por otro lado, Biden anunció su nueva postura cuando acusó a Putin

de ser un ‘asesino’ y ‘gángster’, no exactamente términos que faciliten el diálogo.

Asimismo, el nuevo gobierno avanzó en sus esfuerzos por extender la OTAN hacia el Este de Europa, mientras reforzaba sus tropas y equipos militares en naciones como Polonia. También le dio respaldo diplomático al gobierno ucraniano para continuar con sus esfuerzos por “limpiar de rusos” las regiones rusoparlantes de Lugansk y Donbass. Parte de todo esto fue el esfuerzo por bloquear el nuevo gasoducto rusogermánico, Nord II, e impedir que se efectivizaran los acuerdos de Minsk II mientras que los ucranianos dejaban de asistir a las negociaciones que debían poner fin al conflicto con Rusia. Por último, EEUU lanzó una campaña mediática donde se acusaba de Rusia de expansionista.

Ahora un aspecto más que interesante es el poder de los medios de comunicación que maneja EEUU. En todos lados el nombre de Vladimir Putin es siempre calificado por un adjetivo tipo ‘autoritario’, ‘gangsteril’. En cuanta prensa hay, Ucrania es presentada como un pobre borreguito que es inocente de todo cargo. Los comentaristas insisten en que Rusia agrade porque “quiere volver a tener el imperio de la URSS”. A ver, supongamos que Rusia gastara 5 mil millones de dólares (como hizo USA en Ucrania) en derrocar al primer ministro de Canadá, luego los putinistas canadienses expulsan a los norteamericanos de su suelo y reclaman digamos Seattle como propia (o sea uno de los puertos más grandes en el Pacífico), y que tirotaran constantemente a los puestos fronterizos yanquis, todo mientras Rusia enviaba misiles y tropas, mientras el hijo de Putin se hace rico en los directorios de empresas canadienses (como lo hace el hijo de Biden en Ucrania). ¿Qué haría EEUU? No sé, excepto que sabemos que cuando la URSS mandó un par de misiles a Cuba, los yanquis lanzaron el bloqueo que pervive aun hoy, y luego entrenaron a una banda de facinerosos mercenarios para invadir en Playa Girón. Bueno, pero fue una excepción. Más o menos, en 1916 invadieron México para proteger sus intereses petroleros y perseguir a Pancho Villa. Y ni hablar de la Contra nicaragüense. Lo notable de la crisis ucraniana no solo es la paciencia que viene demostrando Putin, sino cómo EEUU manipula la opinión mundial.

El criterio norteamericano es digno del Gran Juego. Por un lado, se trata de presionar a Rusia todo lo posible, y llevar a esa nación al borde del abismo (lo que se denomina *brinkmanship*). Si Rusia invadía a Ucrania, como lo ha hecho, EEUU puede erigirse en paladín defensor de la soberanía ucraniana, todo mientras aplica sanciones que esperan dificulte el desarrollo económico ruso. Al mismo tiempo, esto le sería útil en función del competidor en las sombras: la Unión Europea. La UE, en particular Alemania, importa un tercio de su petróleo y la mitad de su gas natural de Rusia. Los multimillonarios rusos alimentan no solo la industria turística europea, sino que son algunos de sus grandes inversores. Rusia, al igual que China, han desarrollado intensas relaciones comerciales con la UE en la última década. Al mismo tiempo, a EEUU le importa un bledo la soberanía e independencia ucraniana. Por eso, las promesas de ayuda llegan tarde y son escasas, y por eso la diplomacia norteamericana ha hecho ingentes esfuerzos por bloquear cualquier solución negociada al conflicto que existe desde 2014. Por último, la tradición norteamericana ha sido, desde 1916 en adelante, que ante una crisis de su economía la respuesta era una guerra que implicara gastos deficitarios del Estado y permitiera recaudar impuestos (ni hablar que si participas y ganas puedes saquear a los derrotados). No es accidente que los funcionarios que aplican esta política son los vinculados al complejo militar industrial.

La contrapartida es que ni Putin es Yeltsin, ni Rusia es Yugoslavia, ni 2022 es 1994. En realidad, Putin da la sensación de que viene preparando a su nación para este enfrentamiento desde hace rato. No solo fortaleciendo sus relaciones económicas, y reduciendo sus tensiones con China, sino entendiendo finalmente que EEUU solo entiende la fuerza. Dicho de otra forma: jamás en su historia los norteamericanos han cumplido un tratado internacional sin que se vieran obligados a hacerlo; desde los acuerdos con la Naciones Indias hasta los acuerdos de posguerra, han roto todos. De hecho, han invadido otras naciones 392 veces (y estoy seguro de que me debo quedar corto).

Queda claro que Rusia no va a salir indemne de esta guerra. Lo más probable es que el resultado se asemeje a la

guerra de Georgia hace unos años: rápida y aplastante victoria rusa, que asegura la autonomía/soberanía de los territorios rusoparlantes reivindicados, mientras impide un nuevo miembro de la OTAN en sus fronteras. Al mismo tiempo, por mucho que Putin haya mejorado sus relaciones económicas con el resto del mundo, las sanciones europeas van a tener su efecto, tanto sobre Rusia como sobre Europa. Y, por supuesto, Putin emerge del conflicto como el agresor, dando pie a la propaganda norteamericana.

¿Y EEUU? Biden está convencido de que su política fue acertada. Pero es dudoso que esto sea así en el mediano plazo. Por un lado, Washington demostró ser “mucho ruido y pocas nueces”. No sólo porque amenazó, pero nunca fue en apoyo a los neofascistas ucranianos, sino porque se han revelado fuertes tensiones en los miembros europeos de la OTAN. Alemania ya puso límite a las sanciones económicas, y los países de Este europeo, si bien se han movilizado, no demuestran tener interés por entrar en una guerra con una potencia nuclear que se pelearía en su territorio. Más de uno debe estar pensando que la OTAN es un tigre de papel, rememorando esos dibujos de tigres que los chinos pegaban a la entrada de sus casas para ahuyentar los malos espíritus.

El otro problema que tendrá EEUU tiene que ver con su economía. En un momento de inflación y de deterioro de su productividad y los términos de intercambio, Biden sanciona a un gran productor de recursos energéticos y agrícolas. Ya están aumentando los precios mundiales del petróleo y la soja, y por ende la inflación norteamericana.

Como tantas otras veces, la guerra parece una solución para estadistas que jamás piensan en los miles de muertos. Pero en este caso tampoco es una solución para los problemas de Biden y de Putin.



**¡FUERA TROPAS RUSAS DE
UCRANIA!
¡FUERA LA OTAN DE EUROPA!
¡NO A LA GUERRA!**

Olmedo Beluche*

Resumen: La invasión a Ucrania es producto de la guerra entre la burguesía rusa y la norteamericana que buscan el acaparamiento del mundo. Una salida requiere no solo una disolución de la OTAN, sino el surgimiento de una política obrera y socialista que enarbole los principios que heredaron del siglo XIX y XX.

Palabras clave: Rusia, Ucrania, burguesía y socialismo

*Sociólogo, Director del Centro de Investigaciones de la Facultad de Humanidades (CIFHU) de la Universidad de Panamá.

Una vez más suenan los cañones en Europa. En el resto del mundo, África, Asia, América Latina, nunca han cesado de sonar en uno u otro lugar, desde que vivimos bajo la era del imperialismo capitalista, mal llamado últimamente “globalización”.

Nuevamente truenan los cañones en el Viejo Continente con su séquito de crímenes contra la población civil, de destrucción del patrimonio cultural y material, con sus centenas de miles de refugiados. Pero ahora no son africanos, sirios, afganos, vietnamitas o colombianos, son europeos.

De nuevo los bandos en pugna de las burguesías opresoras y explotadoras, rusa, pero también norteamericana, europea y ucraniana, esconden bajo pilas de mentiras y propaganda sus reales intereses imperialistas en ese sangriento juego.

Los responsables de la guerra son dos: Putin y Biden (y sus marionetas de la Unión Europea)

Contrario a lo que las mentes simplistas quieren creer, en la invasión rusa a Ucrania, hay dos bloques militares imperialistas implicados, y ninguno es bueno: los intereses de la burguesía rusa representada por Putin, y los intereses del capitalismo occidental, norteamericano (más las burguesías subalternas europeas, a través de la OTAN y la Unión Europea), encabezado por Biden, que han instrumentalizado al gobierno ucraniano de Zelenski y a la población de ese país como carne de cañón.

Por eso se equivocan quienes, pretendiendo hablar desde el movimiento obrero y la clase trabajadora padecen dos desviaciones extremas: los estalinistas nostálgicos, que confunden a Putin con Stalin, y a la Rusia capitalista actual con la fenecida Unión Soviética; tanto como los que con ilusiones *democráticas*, respaldan a las instituciones del imperialismo occidental (OTAN y Unión Europea) y sus sanciones contra Rusia, creyendo que hacen parte de un frente ‘democrático’ pro ucraniano, y marchan encogiéndose de hombros junto a verdaderos criminales de saco y corbata (más hipócritas que Putin) como Biden, Boris Johnson, Macron o el sátrapa Iván Duque.

Da pena ver a una parte de la izquierda española, por ejemplo, sentirse satisfecha de que su consigna revolucio-

naria (¡Armas para Ucrania!) se ejecute a través del gobierno burgués de Pedro Sánchez y su ejército monárquico, peón de la OTAN (*El Mundo*, 3/3/22).

La izquierda revolucionaria e internacionalista reunida en Zimmerwald, Suiza, en 1915, en plena guerra mundial, jamás pretendió presentarse del lado de Churchill contra el Kaiser. Por el contrario, Lenin, firmante de aquella declaración, exhortaba a los soldados a volver sus armas contra sus respectivos gobiernos y no matar a sus hermanos del otro lado de la frontera.

Algunos izquierdistas europeos, no sólo social-demócratas, parecen creer el cuento positi-vista de que el mundo se divide en dos: naciones civilizadas y naciones bárbaras. Y creen que ellos viven en las primeras y se tragan sin protestar las po-ses *pseudo* democráticas de sus instituciones burguesas.

Fuera tropas rusas de Ucrania, alto a la masacre contra la población civil

Repudiamos la invasión rusa contra Ucrania. Exijamos la salida inmediata de las tropas rusas de ese país. Condenemos los ataques contra la población civil por parte del ejército ruso. Rechacemos la destrucción del patrimonio cultural y económico de Ucrania por las tropas de Putin. Pidamos un cese inmediato de la guerra. Basta de bombardeos a Ucrania.

Los objetivos de Putin en esta guerra son completamente repugnantes: imponer la voluntad de la Gran Rusia capitalista sobre las naciones de su entorno históricamente oprimidas por el zarismo. Opresión continuada por Stalin con sus métodos bárbaros que llevaron al desprestigio el proyecto socialista de la Unión Soviética y a su rápida disolución en 1990.

Lenin y Trostky (que era ucraniano de nacimiento), durante la gloriosa Revolución rusa, lograron unir a múltiples naciones con sus diversos legados históricos y culturales bajo las banderas de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) porque hicieron lo contrario a lo que hoy hace Putin: apelar a las clases oprimidas a sublevarse contra sus explotadores y respetar sus derechos nacionales y culturales, empezando con el *derecho a la autodeterminación nacional* y la *independencia*.

En Putin no hay ningún rasgo democrático, ni siquiera con el propio pueblo ruso, menos con los demás, como se demostró en Chechenia. Putin la única ideología que levanta es el nacionalismo gran ruso, el cual siempre fue duramente combatido por Lenin.

Contario a lo que hizo Putin dos días antes de lanzar su cruenta invasión a Ucrania, que repudió a Lenin y la URSS; reivindicamos ante la clase trabajadora rusa y sus soldados lo que decía Lenin, criticando a Stalin por su intervención en Georgia en 1922:

“... el interés vital de la solidaridad proletaria, y por consiguiente de la lucha proletaria de clase, requiere que jamás miremos formalmente el problema nacional, sino que siempre tomemos en consideración la diferencia obligatoria en la actitud del proletariado de la nación oprimida (o pequeña) hacia la nación opresora (o grande)”

Y agrega, hablando que podría sufrir la URSS si:

quebrantásemos nuestro prestigio en él, aunque sólo fuese con la más pequeña aspereza e injusticia con respecto a nuestras propias nacionalidades no rusas. Una cosa es la necesidad de agruparse contra los imperialistas de occidente... Otra cosa es que nosotros mismos caemos... en actitudes imperialistas hacia nacionalidades oprimidas, quebrantando con ello nuestra sinceridad de principios... (*Obras Escogidas*, Tomo III).

Exijamos la disolución de la OTAN

Pero la paz en el mundo y la paz en Europa y de Ucrania exigen en estos momentos combatir no solo a Putin y su cruel invasión; sino también al proyecto imperialista occidental encabezado por Biden, EEUU, y los gobiernos títeres europeos de la OTAN. Proyecto imperialista que tiene un claro, evidente y múltiples veces confesado objetivo: establecer un Orden Mundial nuevo, unipolar, basado en el control hegemónico total del mundo por una sola potencia: EEUU.

Está expresado por los centros de poder norteamericano, EEUU en su control imperialista del mundo considera que

tiene dos ‘competidores’, dos enemigos a los que debe combatir y debilitar: Rusia y China.

La imposición de ese orden mundial unipolar hegemónico política, económica y militarmente por EEUU es el que ha llevado a la actual invasión de Rusia contra Ucrania, porque en los últimos años y meses ha sido evidente el intento de la OTAN por cercar a Rusia militarmente y aislarla por completo de Europa, utilizando a Ucrania y otros países como punta de lanza en ese objetivo imperialista.

Pese a los intentos iniciales de Rusia, posteriores a la desaparición de la URSS, en 1990, por acercarse como socio de Europa y EEUU, las puertas se las cerraron en las narices. Con ayuda de los medios de comunicación occidentales Putin fue caricaturizado como un mafioso dictador. Durante años la OTAN, que se creó para enfrentar al desaparecido Pacto de Varsovia, no solo continuó existiendo, sino que se fue expandiendo hasta las fronteras de Rusia.

EEUU y la OTAN instrumentalizaron a la extrema derecha ucraniana prooccidental desde 2014, armaron a ese gobierno y dejaron entrever el objetivo de sumarlo a su alianza militar. En eso tiene razón Putin cuando denuncia la política agresiva de occidente hacia su país.

Biden usa la guerra para escapar de su propia crisis

Por eso Putin no es el único culpable de la invasión a Ucrania, también lo es Biden y los políticos hipócritas que gobiernan los estados subordinados al imperialismo yanqui en la Unión Europea. La responsabilidad por la sangre inocente derramada en Ucrania no solo es del gobierno ruso sino también de EEUU y la Unión Europea.

Biden, que encabeza un gobierno débil, en crisis, desprestigiado, atorado por el bloqueo que los republicanos le han impuesto en el Congreso, ha utilizado la invasión rusa a Ucrania para tratar de sacar ventajas y salir del atolladero en que está sumido.

Ni a Biden, ni a sus compinches europeos les importa un rábano la vida de los ucranianos, ellos sólo intentan sacar ventajas con sus denuncias a la invasión rusa distraendo

a sus pueblos de los problemas internos insolubles causados por su crisis capitalista y empeorados por la pandemia de la COVID.

Boris Johnson, que estaba a punto de ser destituido por el ‘partygate’ (las orgías romanas de vino que se echaba con sus amigos durante las restricciones de la pandemia); y a Emmanuel Macron, que está cerca de perder las elecciones con la extrema derecha francesa; a ambos la invasión rusa les sirve para desviar la atención y salvar momentáneamente el pellejo.

Rusia, “el eslabón más débil de la cadena imperialista”

Incluso las duras sanciones económicas lanzadas por occidente contra el gobierno ruso tienen un claro objetivo, y no es la vida del pueblo ucraniano, sino usar esta guerra como pretexto para terminar de debilitar a Rusia como posible competidor en el reparto del mundo. Y para ese objetivo, no les interesa a los capitalistas occidentales si la factura la paga la clase trabajadora europea y mundial con mayores precios de los combustibles, de las que sus transnacionales sacarán ventajas.

Es muy probable que las draconianas sanciones económicas y culturales impuestas por el imperia-lismo occidental deriven en una crisis política de envergadura dentro de Rusia, que podría incluso llevar al derrocamiento de Putin (objetivo señalado por los norteamericanos). Crisis que, en apariencia fortalecería el proyecto hegemónico unipolar del imperialismo yanqui. Pero solo en apariencia, porque en la actual fase de decadencia del capitalismo el sistema no logra resolver ningún problema sino es abriendo otros más complejos.

Por una política independiente de la clase trabajadora

De la crisis de la sangrienta primera guerra mundial emergió la derrota de los imperios, ruso, alemán, otomano y austrohúngaro, además de la prístina Revolución rusa; y de la segunda guerra mundial, nació la disolución del sistema colonial, los grandes movimientos de liberación nacional y la debacle del imperio británico, junto con las revoluciones

china, vietnamita y cubana; la humanidad sabrá sacar de la actual tragedia una alternativa socialista y revolucionaria. Somos optimistas.

Pero la única manera de evitar que la invasión de Ucrania por Rusia degenera en una guerra prolongada que conduzca a ambas naciones a la ruina y la barbarie, como las que ha producido EEUU y la OTAN en Libia, Afganistán, e Irak, es que surja una dirección política obrera y socialista que enarbole los viejos principios que heredamos desde el siglo XIX y XX:

1. Repudiar los nacionalismos, que son ideolo-gías reaccionarias instrumentalizadas por las burguesías para maniatar las mentes de los oprimidos bajo sus intereses y dirección.
2. La clase trabajadora *no tiene patria*, y su enemigo en todos los países son los capita-listas que le explotan por igual en todos lados. Por ello, la única guerra moralmente legítima es la de los oprimidos contra sus opresores.
3. Por eso sostenemos como principio el *internacionalismo proletario*, es decir, la solidaridad y unidad de los de abajo contra los explotadores, sin distingos nacionales. *¡Proletarios del mundo uníos!*
4. La clase trabajadora no defiende naciones, sino que, al sentirse parte de una sola humanidad, defiende por principio los *derechos humanos* de cada persona sin distingos de ningún tipo. Por eso no puede ser cómplice de quienes pisotean estos derechos bajo ningún concepto.
5. Los derechos humanos no se restringen al derecho a la vida o a los derechos políticos, sino que alcanzan la libertad para vivir la vida como cada quien desee, sin hacer daño a los demás, lo que abarca los derechos sexuales y reproductivos, así como el de elegir la identidad de género.
6. Siguiendo las exitosas enseñanzas de Lenin, forjadas en la construcción de la Unión Soviética, debemos distinguir en el campo de la política nacional e

internacional dos tipos de naciones: naciones opresoras y naciones oprimidas.

7. Sin volvernos nacionalistas, siempre hay que apoyar a la nación oprimida por su liberación frente a las naciones opresoras e imperia-listas. Y apoyando esa lucha por la liberación nacional insistimos en la unidad de los oprimidos por encima de las fronteras nacionales.
8. Por principio entonces debemos exigir el respeto a la *autodeterminación nacional*, lo que quiere decir, *derecho a la independencia, soberanía e integridad territorial*.
9. La lucha no acaba hasta el final de todo tipo de opresión, discriminación, injusticia y sobre todo explotación. No puede haber socialismo en los estrechos márgenes nacionales, ni burocráticos, ni mucho menos con empre-sarios dizque ‘progresistas’. El socialis-mo es sobre todo democracia obrera más expro-piación del gran capital.
10. Sostengamos la independencia política de la clase trabajadora, incluso en el marco de la guerra. Repudiamos a Putin y exijamos la autodeterminación de Ucrania, pero también desenmascaremos a la hipócrita y criminal burguesía norteamericana y europea, trajeados de saco, bien lustrosos y blanquitos, que hablan bajo, pero tienen un garrote manchado de sangre en las manos.

UCRANIA*

Vladimir Ilich Lenin**

El fracaso de la política del nuevo gobierno provisional, de coalición, se destaca cada vez más claramente. El “Acta Universal” relativa a la organización de Ucrania, publicada por la Rada Central de Ucrania y aprobada el 11 de junio de 1917 por el Congreso del ejército de toda Ucrania, es una revelación directa de esa política y una prueba documental de su fracaso.

Sin separarse de Rusia, sin desprenderse del Estado ruso –se dice en dicha Acta- el pueblo ucranio debe tener derecho a disponer de su propia vida en su propia tierra...Todas las leyes por las cuales se determine el orden en Ucrania sólo podrán ser promulgadas por esta Asamblea Ucrania. En cambio, las leyes que determinen el orden de todo el Estado ruso, deberán ser promulgadas por el Parlamento de toda Rusia.

*Fuente: <https://www.marxists.org/espanol/lenin/obras/oc/akal/lenin-oc-tomo-26.pdf>

** (1870-1924) Principal dirigente del ala bolchevique del POSDR, de la Revolución soviética de Octubre, presidente del Consejo de Comisarios del Pueblo, co-fundador y co-dirigente del Partido Comunista ruso ((bolchevique).

Son palabras perfectamente claras. En ellas se declara con toda precisión que el pueblo ucranio no quiere separarse de Rusia en el momento actual. Exige la autonomía, sin negar la necesidad de la autoridad suprema de un “Parlamento de toda Rusia”. Ningún demócrata, y mucho menos un socialista, se atreverá a negar la plena legitimidad de las exigencias ucranias. Ningún demócrata podrá tampoco negar el *derecho*

de Ucrania a separarse libremente de Rusia. Sólo el reconocimiento absoluto de este derecho nos permite abogar por la libre unión entre los ucranios y los grandes rusos, por la asociación *voluntaria* de los dos pueblos en un solo Estado. Sólo el reconocimiento absoluto de este derecho puede romper en la práctica, completa e irrevocablemente, con el maldito pasado zarista, en el que se hizo todo para causar el distanciamiento mutuo de dos pueblos tan afines por su idioma, su territorio, su carácter y su historia. El maldito zarismo convirtió a los grandes rusos en verdugos del pueblo ucranio y fomentó en éste el odio contra quienes hasta llegaron a prohibir a los niños ucranios hablar y estudiar en su lengua materna.

Los demócratas revolucionarios de Rusia, si quieren ser verdaderamente revolucionarios y verdaderamente demócratas, deben romper con ese pasado, deben reconquistar para sí mismos, para los obreros y campesinos de Rusia, la confianza fraternal de los obreros y campesinos ucranios. Y esto no puede conseguirse sin el pleno reconocimiento de los derechos de Ucrania, inclusive el *derecho* a la libre separación.

Nosotros no somos partidarios de los Estados pequeños. Estamos por la más estrecha unión de los obreros del mundo contra los capitalistas “propios” y de todos los demás países. Pero precisamente para que tal unión sea voluntaria, el obrero ruso, que no confía ni por un minuto en la burguesía rusa o en la burguesía ucraniana, defiende hoy el derecho de los ucranios a la separación, *sin imponerles* su amistad, sino *esforzándose por conquistar* su amistad al tratarlos como sus iguales, sus aliados y hermanos en la lucha por el socialismo.

Riech, el periódico de los enfurecidos contrarrevolucionarios burgueses que están casi locos de rabia, ataca

salvajemente a los ucranios por su ‘arbitraria’ resolución. Dice que “el proceder de los ucranios es un atentado directo contra la ley, que exige la aplicación inmediata de rigurosos y legítimos castigos”. Huelga todo comentario a este ataque de los salvajes contrarrevolucionarios burgueses. ¡Abajo la burguesía contrarrevolucionaria! ¡Viva la libre unión de los campesinos y obreros libres de la libre Ucrania con los obreros y campesinos de la Rusia revolucionaria!

PANDEMIA Y SOCIEDAD

“¿UN VIRUS NEOLIBERAL O SOCIAL, HASTA AUTORITARIO? Estados y pueblos frente al Covid-19 (Europa, América Latina)” Francia y Alemania (Primera parte)

Nicolás Rey**

Latin American Perspectives

@LAPerspectives

LAPerspectives.blogspot.com

latinamericanperspectives.com/podcasts

Connect with LAP at: latinamericanperspectives.com or lap@ucr.edu



The Nature of the PT Governments: A Variety of Neoliberalism? Part 1



Calles de la Resistencia: Pathways to Empowerment in Puerto Rico



Social Movements in Latin America: The Progressive Governments and Beyond Part 1

Latin American Perspectives is a multidisciplinary journal that welcomes a variety of theoretical and political perspectives to analyze capitalism, imperialism, and socialism in the Americas and strategies to transform the region's sociopolitical structures. Most issues focus on a single problem, nation, or region, providing an in-depth analysis from scholars and participants in social change.

"Latin American Perspectives is the most important resource available providing in-depth progressive analyses of developments in Latin America. It is the unmissable journal!"

— Alfredo Saad Filho, SOAS, University of London

Register for a FREE 30-day online trial to LAP.
Visit journals.sagepub.com/freetrial to learn more.

Subscribe to LAP for access to all LAP issues 1974 - present

For current Calls for Manuscripts, visit latinamericanperspectives.com/submitting-manuscripts



Resumen: Esta es la primera parte de un estudio comparativo entre Europa y América Latina enfocado en la politización del virus Covid-19, por gobiernos que tenían en marcha una agenda neoliberal o progresista, y aprovecharon para acelerar sus reformas. En esta primera parte dedicada a las dos principales potencias europeas, Alemania y Francia con sus territorios de ultramar, veremos cómo esta crisis las llevó a repensar su gobernabilidad hacia más centralismo en Alemania o hasta una deriva autoritaria en Francia, enfrentándose a la resistencia de los pueblos relegados en estas respectivas naciones opuestos a nuevos tipos de vacunas impuestas por el Estado aliado a las grandes farmacéuticas. Analizaremos en qué medida el número de muertos fue directamente relacionado con la gestión política de la crisis sanitaria, debido a decisiones eficientes o contradictorias.

Palabras clave: crisis sanitaria, farmacéuticas, gobernabilidad, centralismo, autoritarismo, neoliberalismo, lucha social y anticolonial, Alemania, Francia, Guadalupe, Martinica, Guayana.

*La segunda parte de este artículo se publicará en Tareas 172.

**Profesor investigador, Universidad de Guadalajara.

Introducción general

En los últimos dos años, el mundo ha vivido su peor catástrofe desde la posguerra. Más allá del número oficial de muertes generadas por el Covid-19, arriba de los 5 millones a finales del año 2021, pero hasta 17 millones si nos basamos en el exceso de decesos registrado (Roucaute, 2020), es toda la economía que ha sido afectada, con reducciones en la producción, exportaciones, consumo, aumento del desempleo, provocando así otra crisis dentro de la crisis sanitaria. Mientras tanto, la pandemia fue aprovechada por los dueños de la globalización:

Los 17 meses de crisis económica que han transcurrido bajo la pandemia de Covid-19 han sido más rentables para los multimillonarios del mundo que los 15 años anteriores [...]. Mientras 114 millones de personas en el mundo quedaron desempleadas, 200 millones fueron empujadas a la pobreza, y 15 mil 840 mueren a diario por hambre y desnutrición, la riqueza de los magnates aumentó 69 por ciento, de acuerdo con organizaciones internacionales. [...] El Covid está convirtiendo la brecha entre ricos y pobres en un abismo infranqueable. (Villanueva, 2021)

¿Pero quién se hubiera aventurado a pronosticar eso unos meses antes de la pandemia, cuando el año 2019 fue marcado por movilizaciones en la calle de los pueblos por todo el planeta, en respuesta a políticas neoliberales o liberticidas impuestas (Meschoulam, 2019)? Chalecos amarillos en Francia, indígenas en Ecuador, juventud en Chile, Haití, Irak, Hong-Kong, Líbano, Argelia, opuestos a alzas en la gasolina y los medios de transporte, a la corrupción o la represión, todos soñadores de un mundo mejor. Durante la pandemia, aprovechándose del susto mundial, muchos gobernantes reafirmaron su agenda de saqueo del estado de bienestar (reducción de los servicios públicos por las privatizaciones, reformas antisociales), lo cual profundizó aún más la desigualdad entre ricos y pobres, cuando otros, al contrario, buscaron compensar el impacto del Covid-19 con aumentos salariales y fluidez de la economía. La gestión de la pandemia fue tan diferente de un país a otro, que merece ser analizada caso a caso. Ahora, al momento de redactar este artículo

(enero de 2022), tenemos un mínimo de retraso temporal pero suficiente para poder girar hacia atrás¹ y ofrecer un primer balance. Así, veremos cómo la agenda neoliberal o al revés social de los estados, ha sido acelerada por la crisis Covid, y en qué medida la gobernabilidad fue replanteada entre poder central y provincias para hacer frente al virus; o cómo también la cooperación internacional para el acceso a las vacunas rediseñó la geopolítica, hacia un mundo más multipolar. Igualmente, consideraremos la reacción de los pueblos, privados de sus libertades, oficialmente “para su bien” a través de contingencias y obligaciones vacunarias con el pretexto de protegerlos de la muerte. Proponemos analizar este proceso complejo haciendo enfoque en las dos primeras potencias latinoamericanas (Brasil, México) y europeas (Alemania, Francia), durante estos dos años de crisis mundial.

Francia: entre abandono de su sistema de salud envidiable, limitaciones de las libertades y resistencia en los territorios de ultramar

El sistema de salud francés, de la excelencia, a la tumba

El sistema de salud francés, accesible e igualitario, apoyado en un sistema de seguro social pensado durante la Segunda Guerra Mundial por la Resistencia² y aplicado a la Liberación, es desde entonces, una cuestión de identidad nacional y soberanía. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba todavía que Francia tenía el mejor sistema de salud pública del mundo, por la calidad y la gratuidad de los servicios médicos ofrecidos. Pero 15 años después, la OCDE apuntó sobre la caída en la prevención y atención médica (Garré, 2015) y para 2020, según el instituto referente en clasificación de los mejores sistemas de salud del mundo, el Legatum Institute, varios países de Europa como Suiza, Austria, Dinamarca, Suecia, Noruega, o de Asia (Japón, Singapur), con esperanzas de vida superiores a Francia, ya estaban encabezando el ranking (Deluzarche, 2020).

Si la “crisis Covid” fue tan aguda en Francia antes de que llegaran las primeras vacunas, con un número oficial dramático de muertos, no es solamente por la agresividad

del virus, sino se debe más bien a políticas sucesivas de desmembramiento del sistema de salud pública que acontece desde hace décadas. El presidente Emmanuel Macron ha difundido un doble lenguaje: por un lado, honró la devoción de las enfermeras, médicos y personal sanitario en general que sacrificaron hasta sus vidas durante las primeras olas del virus cuando todavía no existían vacunas. El sector salud tenía décadas de exigir mejoras: ante esta situación extrema, Macron propició una revaloración salarial a finales del 2020, aunque limitada. Y, por otro lado, en lugar de invertir en infraestructuras, investigación científica y soberanía de la producción farmacéutica, no emprendió nada para frenar la dependencia de Francia con China en la compra de medicamentos e insumos como cubrebocas³, o con Alemania, Inglaterra y Estados Unidos que produjeron y vendieron sus vacunas, cuando en Francia tenemos al Instituto Pasteur, históricamente tan innovador en este sector.

De hecho, el 12 de marzo del 2020 en la televisión, Macron pronunció su famosa expresión “cueste lo que cueste, no se calcula cuando está en juego la vida de la gente”. Anunció que iba a desbloquear decenas de millones de euros para hacer frente a la crisis o que el Estado apoyaría a las empresas para cubrir el desempleo parcial, proteger a los salarios y rescatar al hospital. En julio se lanzó el “Ségur de la Salud” con varias recomendaciones (Notat, 2020) que se concretaron sobre todo por un aumento salarial de 183 euros mensual para 1,5 millones de empleados públicos del sector salud. Pero un año y medio después, el verdadero regalo de Macron al hospital público se concretó con una reducción de 20 por ciento en camas, profesionistas agotados que prefieren entrar en clínicas privadas, migrar a países vecinos mejor dotados o abandonar la medicina. Diferentes sitios y fuentes de información (Davet, Lhomme, 2020; Roux, 2021; Satgé, 2021; Cooper, 2022) nos ofrecen ciertos datos para entender un poco mejor esta situación tremenda:

- Si el hospital público se ha hundido en los últimos diez años (disminución drástica presupuestaria y una exigencia horaria suplementaria de 14 por ciento), el virus ha sido la gota que derramó el vaso; en los últimos meses del 2021, el personal médico huyó literalmente del sector, por condiciones

laborales aún más insoportables. Casi 40 por ciento de los médicos de guardia están en depresión y 20 por ciento tienen ideas suicidas, cuando otros optaron ya por quitarse la vida.

- Además de la desaparición de una cama sobre cinco en los hospitales por falta de empleados, en muchos casos, el desenlace de esta situación es el cierre total de servicios enteros. Cuando un hospital público cierra, los edificios quedan vendidos al sector privado y los clientes asegurados se repercutan en los servicios cercanos todavía abiertos, saturándolos.

- Más allá de mejores salarios, los trabajadores esperaban del Ségur de la Salud una reforma estructural con contrataciones masivas, inversión en material innovador, revalorización de la investigación científica, etc.

- En consecuencia, la fuga de los cerebros se acentuó hacia el sector privado francés o países vecinos que ofrecen mejores salarios como Bélgica, Italia, Suiza y Alemania (en estos dos últimos países se encuentran los mejores hospitales europeos).

Pero no hay mejor fuente que la experiencia vivida en carne propia por un actor en acción. Realice una entrevista el 18 de diciembre del 2021 a una médica bajo presión, pero en lucha, que prefirió guardar el anonimato. Ella es miembro del colectivo inter hospitales, movilizada en cuerpo y alma desde las primeras olas. Nos habla de la liberalización del hospital público a marcha forzada en los veinte últimos años, causa profunda de una gestión sanitaria catastrófica en Francia sumergida por la pandemia, durante la cual se dio el tiro de gracia al personal médico y a los pacientes, a nombre de la rentabilidad:

El desmantelamiento del hospital empezó hace veinte años, cuando surgió una nueva organización basada en la cobranza de cada acta: ya no existía un presupuesto global para el hospital, sino se privilegió la rentabilidad de ciertas actividades dentro de los establecimientos públicos. A la vez, el hospital tuvo que seguir con su misión de servicio público, de protección general, pero seleccionando unas actividades en detrimento de otras. La crisis apareció evidente en 2018 con el problema de los servicios de urgencias que llegaron a saturación, porque fuera del

hospital teníamos menos médicos para la atención médica diaria, y dentro del hospital, se habían quitado muchas camas. Justo antes de la crisis Covid, recibimos alertas con una epidemia de bronquiolitis y en este caso, por falta de camas en la región parisina, tuvimos que transferir a los niños enfermos a más de 100 km. Cuando el primer paciente diagnosticado con Covid-19 apareció en Francia, tenía problemas respiratorios, pero no fue transferido al servicio de neumología por falta de espacio, sino al de diabetología que no tiene absolutamente nada que ver...

La crisis Covid nos enseñó los límites del sistema. Teníamos asegurado solo para 48h en stocks de cubrebocas o gel hidroalcohólico. Dominique de Villepin cuando era primer ministro [2005-2007] había pedido un estudio de gestión de los riesgos en caso de pandemia, la cual una vez entregada nos reveló la importancia de actualizar nuestros stocks de cubrebocas, respiradores, desinfectante. Cuando se dio la pandemia de gripe A(H1N1) a partir de 2009, los stocks habían sido reconstituidos, pero a lo largo del tiempo, fundieron como nieve bajo el sol. Entonces, al principio de la pandemia Covid-19, estuvimos rápidamente en desabasto. Durante la primera ola escuchamos en marzo de 2020 a muy bonitos discursos, esperanzadores, del presidente Macron cuando declaró que cueste lo que cueste, el Estado iba a inyectar fondos necesarios para el hospital con el fin de hacer frente a la crisis pandémica. Después de esta primera ola que terminó en mayo, vimos regresar la política de antes: restricciones presu-puestarias, desapariciones de camas, reducciones en personal, organizar y demostrar nuestra rentabilidad. Nos movilizamos y obtuvimos del Estado el “Ségur de la Salud”, lo que desembocó en un aumento salarial pero insuficiente. Por lo menos, Francia pasó de número 28 al 18 en el ranking salarial de las enfermeras dentro de la OCDE, pero todavía mucho menos pagadas que en los países limítrofes. Luego, llegaron la segunda y tercera olas. Poco a poco tuvimos que posponer cirugías agendadas, y por falta de personal como anestesistas o enfermeras para la sala de operación, ¡ya no podíamos operar a la gente!

Está escasez de todo el personal médico en el sector público francés se debe al burnout, la fuga hacia el sector privado o la migración hacia los países vecinos mejor dotados. Unos han totalmente cambiado de oficio: conozco una enfermera que cría caracoles, otro que abrió una

librería, una que fabrica joyas. Ya no es una cuestión salarial, pero de organización del hospital sometido a una administración desconectada de la base, con un director en la cima que funciona como líder empresarial. Llegamos a funcionar como una empresa, es la aplicación directa del discurso del presidente Nicolas Sarkozy en Bordeaux en 2007, sobre la modernización y gestión autónoma del hospital. Y por la escasez generada, el sistema consideró que un enfermero podía ejercer en cualquier especialidad que no fuera suya. Como consecuencia trágica, por ejemplo, una enfermera fue asignada en neonatología cuando no era su especialidad: hubo un error grave en el seguimiento de un niño, la enfermera fue culpada ¡y se suicidó!

Ahora, la jerarquía pide al personal que posponga sus vacaciones, que trabaje más y más, cuando ya pasamos de 8 a 30 enfermos por cada enfermera. Eso implica menos tiempo dedicado a la atención médica, con una sobrecarga administrativa que impide concentrarse en cada paciente. Es una taylorización del trabajo. Con la quinta ola, al ser sumergidos por la cantidad de contagiados, hemos cancelado miles de cirugías. A eso se agregó un aumento sin precedentes de todas las enfermedades crónicas, por falta de seguimiento al paciente debido a la escasez de médicos generalistas. Los pacientes están literalmente perdidos porque ya no tienen a un generalista que los atiende a tiempo y les diera seguimiento: muchos llegan demasiado tarde en los servicios de urgencias, con metástasis cancerígenas avanzadas. Es algo que nunca habíamos visto antes, en estas proporciones. Hemos regresado diez años atrás. Nuestro sistema de salud, que era el mejor del mundo, ¡ha sido totalmente destruido en apenas veinte años!

El 12 de julio de 2021, el Presidente después de recordar los esfuerzos del Estado desde marzo hacia las empresas y el sistema de salud para resistir al impacto de la pandemia, informó a todos los trabajadores, jubilados y desempleados que seguiría con su plan de reformas, indispensables según él para salvar al sistema social y sanitario francés. En una didáctica plenamente ultraliberal durante su discurso televisado, Macron aprovechó la crisis Covid para afirmar que el modelo social francés estaría preservado en estas circunstancias dramáticas solamente gracias a la aplicación

rápida de las reformas del desempleo y de las pensiones adoptadas en 2020 – en realidad muy impopulares y profundamente antisociales – que su gobierno puso entre paréntesis durante las primeras olas de la pandemia: “Sin trabajo, no hay producción. Sin trabajo y sin producción, no se puede financiar el sistema de salud, no se puede financiar el desempleo temporal, ni el sistema de pensiones.” Concluyó con la necesidad entonces de aplicar desde el primero de octubre del 2021 la reforma del desempleo y cuando las condiciones sanitarias lo permitan, la reforma de las pensiones (Macron en camino hacia su reelección en 2022 retrasa todavía su aplicación, consciente de la oposición dura en las calles que esta reforma generó en 2020).

Estado policiaco, criminalización social y toma de decisiones en “petit comité” secreto: ¿hacia un estado de excepción?

Aunque la democracia liberal tiene bastante limitaciones, por lo menos pretende garantizar un mínimo de derechos para sus ciudadanos dentro de su esquema, apoyado en un poder ejecutivo compuesto de ministros a cargo de diferentes misiones. Al entrar en un estado de emergencia, decretado por Macron para hacer frente al Covid, el propio modelo francés de ejercicio del poder, ha sobrepasado sus atribuciones.

Primero, es necesario recordar que un estado de emergencia en Francia se puede decidir cuando la nación esté amenazada por algún tipo de agresión interna o externa (sublevamientos, terrorismo, guerra). Si el país conoció estados de emergencia desde los atentados masivos de noviembre 2015 en París o durante la guerra de Argelia en 1955, incluso por las rebeldías de los suburbios en el año 2005, nunca se había decretado por cuestiones sanitarias. De hecho, es el único Estado en el mundo que llegó a hacerlo. A propósito, Macron creó un imaginario belicista al declarar “¡Estamos en guerra!” el 16 de marzo de 2020 con la primera ola de Covid, obviamente para justificar del uso de un estado de emergencia asociado a un tipo de ataque al país. Todo tipo de movilidad fue prohibido, a excepción de motivaciones indispensables (ir a su empresa si no había opción de teletrabajo, consulta médica urgente, etc.). Al decretar un

estado de emergencia sanitaria en marzo de 2020, prolongado en diferentes ocasiones hasta julio 2022 y reforzado por la obligación de un “pase sanitario” desde el verano de 2021 para acceder a lugares de ocio (museos, cinemas, restaurantes, etc.), las autoridades mantuvieron al país bajo muchas restricciones. Detrás de estas medidas oportunas para frenar la epidemia, en tiempos de descontento popular y empobrecimiento, aflojaron ataques a las movilizaciones sociales tipo chalecos amarillos u otros colectivos anti pase sanitario, o al derecho de ejercer libremente su profesión (bomberos y profesionales de la salud obligados a vacunarse, sino están suspendidos de sus actividades). Las medidas impuestas en octubre 2020 no dejaron duda:

- No estaba permitido juntarse a más de 6 personas en el espacio público.
- Prohibición de reuniones privadas (bodas, fiesta estudiantil, etc.).
- Toque de queda entre las 18h y 6h en todo el territorio francés.

Al impedir reuniones y establecer una restricción de movilidad para la gente, de manera hasta extraña cuando arbitrariamente se decretaba que era de 1 km y luego de 10, sin demostrar científicamente el impacto de un perímetro u otro sobre la salud, se dañaron las libertades individuales y colectivas, hasta criminalizó aún más a los marginados (Kempf, 2020). Por ejemplo, y es una aberración absoluta para los sin techo, ellos recibieron multas por andar en la calle sin su autorización de moverse cerca de su domicilio (descargable desde internet). Después de varias multas, en consecuencia, ¡muchos indigentes fueron encarcelados por meses en juicios expeditivos!

Otro absurdo fue casi oponer entre ellos, cuerpos esenciales para el Estado, como bomberos y policías: los primeros fueron obligados a vacunarse, y los segundos, no. ¿Pero desde qué sustentos científicos?, cuando todos están de igual manera en contacto directo con la gente, entonces representan un riesgo de circulación del virus. La explicación, desgraciadamente, parece ser, sobre todo, política. La mayoría

de los policías aporta su voto a Marine Le Pen de extrema derecha (Larhot, 2019), principal contrincante de Macron desde las elecciones del 2017 y todavía en los sondeos para 2022. De esa manera, el presidente evita entrar en conflicto con los policías, hasta intenta recuperar su apoyo, algo también muy útil para poder reprimir a la ciudadanía descontenta. Los policías fueron muy solicitados por su ministro del interior semana tras semana desde octubre de 2018 cuando empezó el movimiento de los chalecos amarillos, con una cantidad de mutilados nunca vista antes debido al uso de armas no letales apuntadas hacia los rostros (Francia ha sido condenada por el Consejo Europeo). Hecho excepcional, los policías, extenuados por esta sobrecarga de trabajo tenso, llegaron también en 2020 a manifestar en la calle, para proteger sus derechos específicos dentro de la reforma de pensiones en curso, obligando al gobierno a ceder. Los bomberos intentaron también exigir mejores condiciones laborales y no ser afectados por esta reforma, pero en respuesta, el ministro del interior les mando la policía, para reprimirlos. Relativo a la vacunación obligatoria para ellos, los bomberos no opuestos en absoluto, por lo menos, consideran injusto que se les aplique, y no a sus colegas policiacos que están expuestos de igual manera al virus. El presidente debilita aún más al Estado francés, al desatar así las discrepancias entre dos cuerpos esenciales en la estabilidad del país.

Luego, animado por una dialéctica de guerra, Macron retomó la iniciativa de Nicolas Sarkozy del 2009 quien creó un Consejo de Defensa, juntado por todos los ministros relacionados a cuestiones de seguridad (es inspirado del Consejo Nacional de Protección Civil propuesto en 1959). Una entidad totalmente opaca, fuertemente criticada en su versión sanitaria del 2020 por el partido de izquierda *La France Insoumise* (LFI) liderado por Jean-Luc Mélenchon, el cuál ve un intento de gobernar sin rendir cuentas (Mélenchon, 2020), porque cualquier iniciativa tomada desde esta entidad restringida “de mando”, no puede ser condenada por la Alta Corte de Justicia. Ahora, el Consejo de Defensa Sanitario llegó a ser el principal espacio de gestión de la crisis Covid, sustituyéndose a casi todos los órganos institucionales

como lo subraya el diputado de LFI, una especie de *petit comité secreto* entre el presidente y unos cuantos ministros que decide sin consultar al resto del gobierno, ni a las dos asambleas y menos a los ciudadanos. En otras palabras, más allá de un estado de emergencia, Emmanuel Macron ha creado un estado de excepción, que debilitó aún más la democracia liberal francesa. Los chalecos amarillos, callados desde las primeras olas de la pandemia por las restricciones impuestas, retomaron fuerza, determinados precisamente en alcanzar un modelo de democracia más participativa. Y por terminar, el nivel de la campaña electoral, en su última etapa a principios de 2022, se sitúa en el alcantarillado, cuando Macron el 4 de enero en *Le Parisien* declara: “¡A los no-vacunados, tengo muchas ganas de joderlos! [...] ¡Un irresponsable, ya no es un ciudadano!” (Beaumont; Doukhan, Théveniaud; Vernet; Wesfreid, 2022). No es por casualidad que Emmanuel Macron haya disparado hacia los movimientos anti vacuna, porque dentro de estos, encontramos varios chalecos amarillos y otros oponentes a la deriva liberticida del Estado. ¡Queda entonces prohibido opinar y manifestarlo! Estas lamentables palabras indignas de un presidente que insulta una parte de los franceses y peor, les niega hasta su ciudadanía solamente por estar en desacuerdo, lo que es anticonstitucional, evidencia que la gestión de la pandemia bajo Macron, ha definitivamente precipitado la descomposición del Estado.

Lógica colonial desde la metrópoli y resistencia “nacionalista” en el ultramar

Si la crisis desde el año 2020 desencadenó el abandono de los servicios públicos, específicamente en el sector de la salud, los efectos para los Departamentos Franceses de América (DFA)⁴ fueron hasta más dramáticos. La relación centro-periferia de dominación-dependencia se caracteriza en los DFA con un hospital público totalmente desamparado en “tiempos normales”, falta de material, de personal, aún más pronunciados que en la Francia metropolitana. Aunque las Antillas francesas ya no son colonias en su estatuto oficial desde la “ley Césaire” de 1946⁵, parece que la cosas no han cambiado mucho en el trato hasta estos territorios. Así, en

diciembre del 2020, apenas saliendo de la segunda ola de Covid en la Francia metropolitana, se restringió el acceso a las estaciones de esquí en los Alpes franceses para proteger a la gente, mientras no se limitó para nada el turismo hacia el sol antillano. Es necesario precisar que los DFA no tuvieron un alto nivel de contagios durante las primeras olas en Europa. Miles de turistas franceses o familiares afroantillanos emigrados en la región parisina, aterrizaron para Navidad en isla Guadalupe, sin cubrebocas en los espacios públicos o restaurantes, en un territorio hasta entonces a salvo de la movilidad del virus. Pero ahí surgió un doble problema frente al Covid:

- Por un lado, el pueblo antillano está muy confiado en remedios propios a base de plantas medicinales para mejorar su sistema inmune, lo que puede ser útil pero lejos de ser suficiente, sobre todo conociendo la proporción de comorbilidades en la sociedad, mucho más arriba que el promedio nacional. Las plantas medicinales tradicionales fueron reconocidas oficialmente por el Estado francés en los años 1990, después de siglos de prohibición, lo que representa una clara victoria identitaria del pueblo afroantillano en lucha frente al poder central considerado colonialista. Por tales razones, la estrategia de protección asumida por la población, se inscribe en una dinámica política anticolonial, lo que permite entender su preferencia hacia sus propias opciones sanitarias (Robard, 2003).
- Por otro lado, la población está bastante desconfiada hacia el estado central, responsable de un envenenamiento de masas operado por décadas, conocido como el escándalo de la clordecona. Este pesticida fue prorrogado para la agricultura en Guadalupe y Martinica en los años 1990 bajo el impulso de los latifundios blancos descendientes de esclavistas, llamados béké, y propietarios de la industria bananera, cuando ya había sido retirado del mercado en el resto de Francia y del mundo. A partir del año 2000, muchas asociaciones civiles antillanas alertaron sobre la contaminación del agua por la clordecona, y las cifras anormales de cáncer de la

próstata, consecuencia del consumo indirecto de dicho producto. Y hace poco, el juicio al Estado francés por envenenamiento de la población antillana, tuvo un desenlace vergonzoso: fue declarado inoperante por ser prescrito.

Entendidos estos dos aspectos, podemos ubicar un poco mejor el rechazo de los antillanos franceses, hacia la vacunación. ¿Pero serán realmente anti vacuna en absoluto? Como lo pude corroborar al entrevistar amigos y familiares míos, todos afroantillanos de isla Guadalupe, muchos estarían dispuestos a recibir las vacunas chinas o cubanas de tipo más ‘clásico’ con virus atenuado o inactivado. Y quedan a la espera también, según me dijeron, que salga pronto la vacuna francesa desarrollada por Sanofi basada en el mismo principio viral. Porque en éstas, según ellos, disponemos de décadas de experiencia, a diferencia de las vacunas con ARN mensajero, por primera vez inoculadas en gran escala desde la pandemia del Covid-19. En resumen, traumatizadas por el escándalo de la clordecona, cada una de las personas que consulté me expresó lo mismo, de manera lapidaria: “no quiero ser una rata de laboratorios para satisfacer los intereses de las farmacéuticas, ni obedecer a su aliado el Estado después que nos haya envenado como pueblo”. Como lo analiza también Mulot (2021), el problema de comunicación entre emisor y receptor jugó un papel importante: el prefecto y la responsable local de salud pública en Guadalupe, únicos en difundir mensajes cotidianos al principio hacia la población de mayoría afroantillana, pero los dos, blancos, fueron vistos como los representantes del poder central dominante. En este estudio también, un profesor explicitó lo que muchos opinan: “Creo más en la esperanza interesante de una terapia relacionada a nuestra visión del mundo”, refiriéndose a una hierba medicinal utilizada por la población para reforzar el sistema inmunitario, y que estaría investigada por sus promotores antillanos, por ser capaz según su hipótesis de bloquear la duplicación del Covid en el cuerpo.

No debemos ignorar tampoco una dimensión mágico-religiosa de herencia africana, muy enraizada en las Antillas francesas, al igual que la santería en Cuba o el vodú en Haití

(pero sin caer en una acusación caricatural vinculada por políticos y medios de comunicación franceses afirmando que creencias vodú en Guadalupe impidieron pensar racionalmente), o negar la existencia de un sector totalmente anti vacuna, relacionado directamente con las iglesias protestantes que han ganado bastante terreno en los DFA durante los últimos 30 años. Tales razones religiosas y anticoloniales explicarían porque en las multitudes movilizadas se ven pocos cubrebocas: la medicina tradicional, o Dios, o los dos, estarían al servicio de una postura propia para protegerse, una autonomía frente al Estado central/colonial francés. El pueblo estaría capaz con sus propios remedios, de hacer frente a la pandemia. Pero dado el número dramático de muertos en Guadalupe, 800 en pocos meses. una cifra “extra ordinaria” en un territorio de 400,000 habitantes, Luc Reinette (2021), el líder histórico de la lucha independentista, en una carta publicada por la red, en lugar de oponer medicina tradicional y moderna/occidental, llamó a recoger a los dos, pidiendo una reacción urgente del pueblo para vacunarse y así, protegerse mejor de la muerte frente al virus. En una petición, otros independentistas destacados, artistas, médicos, responsables asociativos y culturales, pidieron a su gente que abandonará las múltiples teorías anti ARN mensajeros, consultables en internet, para ir sin esperar más, a vacunarse. Y última reacción al entrar en el año 2022: el movimiento cultural Akiyo, central en la movilización social y lucha “nacionalista” en Guadalupe, llamó a no desfilar durante el carnaval ya empezado desde el primer domingo de enero, para evitar contagios masivos. Sabiendo que el carnaval fue un arma de movilización del pueblo en contra del Estado visto como colonial durante la huelga general de 2009, y se encaminaba a lo mismo para 2022, podemos considerar que la decisión de los líderes culturales fue ante todo de salud pública y no con fines políticos. En una entrevista a Gaby Clavier, ex responsable del sindicato mayoritario Unión General de los Trabajadores de Guadalupe (UGTG), difundida en México donde hubo una gran solidaridad con Guadalupe, Martinica y Guayana, podemos apreciar los argumentos de apoyo a los empleados del sector médico opuestos a la vacuna ARN

mensajero, despedidos sin respecto de sus derechos laborales, de sus libertades y afectando a familias enteras:

No podemos aceptar la agresión contra los trabajadores de la salud: chantajes, suspensión del contrato colectivo de trabajo y de salarios, medidas excepcionales contrarias al Código del Trabajo, al estatuto de los trabajadores del hospital y a las normas internacionales relativas a los derechos y libertades de los trabajadores y de las personas. [...] No puedes decir a un joven médico o a un trabajador cercano a la jubilación: “tu contrato ha terminado, estas despedido” porque no acepta vacunarse con un biológico que aún está a debate. Al hacer esto, lo condenas a la muerte social, psicológica, financiera... porque le dices que no podrá comer ni beber, es como si lo estuvieras asesinando; no tendrá seguro de desempleo y no podrá laborar en otro lugar porque ha sido despedido. Es una violencia increíble. Nosotros reaccionamos legítimamente contra esa violencia y buscamos los medios para defender nuestras libertades. (*El Trabajo*, 2021: 8)

La confrontación con el Estado francés aumentó hasta estallar en una huelga general el 15 de noviembre del 2021, fecha límite impuesta por el ministerio de salud para que los últimos oponentes a la vacuna obligatoria del sector salud, en las Antillas, se sometieran a la inyección... o fueran suspendidos. El gobierno mandó 2000 militares con tropas de elite a isla Guadalupe, para dismantelar las barricadas y presionar al movimiento social animado en gran parte por el LKP (Lyannaj Kont Pwofitasyon), una alianza surgida a finales del año 2008 entre sindicatos como la UGTG y la CGTG (Confederación General del Trabajo de Guadalupe), asociaciones culturales y partidos autonomistas que organizaron una huelga general exitosa en 2009 durante un mes y medio (Gircour, Rey, 2010; Rey, 2010). ¿Pero qué ocurrirá con el primer muerto, que sea policía o algún joven? El 29 de noviembre 2021, lo único que hizo el ministro de ultramar al llegar en las Antillas fue ordenar el cese de ‘las violencias’ y que el colectivo movilizad las condenará, provocando el rechazo contundente de los militantes en lucha apoyados en esta ocasión por los responsables políticos isleños. Es exactamente la misma postura arrogante adoptada por el

gobierno de François Hollande en 2017, frente a los huelguistas de la Guayana durante un movimiento similar al de isla Guadalupe en 2009 (Haridas, Rey, 2019): Macron en aquel tiempo era su ministro de economía, pero todo sigue igual ahora que es presidente, nada le sirvió de experiencia. Y los problemas de fondo no resueltos, pueden traer consecuencias hasta más dramáticas en tiempos de Covid:

- Un tercio de la población guadalupeña no tiene todavía acceso al agua, lo que limita la posibilidad de limpiarse las manos regularmente para frenar la epidemia. El desempleo es tres veces más elevado que a nivel nacional, las muertes violentas diez veces más numerosas, acercándose más a las tasas de países emergentes latinoamericanos. Jóvenes en las barricadas declararon a los medios de comunicación que el confinamiento y restricciones durante el Covid, agregados al desempleo, aniquilaron su paciencia. Las pocas ayudas que ofrecía el Estado a los jóvenes con “empleos apoyados”, cancelados en 2017 por Macron, fueron restablecidos urgentemente a finales de 2021, en respuesta al movimiento social.

- Los problemas estructurales han empeorado en todos los sectores (salud, educación, empleo, infraestructuras en general). Como opción posible para salir de la crisis social y política en las Antillas, el ministro de ultramar seguido por Macron, puso en la mesa la posibilidad de más autonomía, lo que agilizaría el modelo jacobino del Estado francés, por esencia cerrado a las especificidades locales. Pero Elie Domota, el líder del LKP, motor en la huelga actual y la del 2009, respondió que nadie le pidió de momento a Francia una tal evolución estatutaria hacia la autonomía. Aparece ser más como una diversión, para no responder a los problemas subrayados por el movimiento actual.

Mientras tanto, Elie Domota fue arrestado el 30 de diciembre del 2021 y liberado el mismo día, bajo la presión del pueblo. El 5 de enero de 2022, el director del hospital principal de isla Guadalupe fue retenido en su oficina por los empleados en huelga, después de anunciar que no iba a reintegrarlos en el trabajo porque estaban opuestos a la

vacuna obligatoria, cuando los de Martinica movilizados por lo mismo, lo consiguieron. En los departamentos franceses de América, la confrontación sigue y seguirá, porque va mucho más allá de la sola crisis del sistema de salud pública francés.

Alemania, del dialogo para convencer, a la mano dura para imponer: un cambio significativo en el ejercicio del poder, en un país aún más dividido desde el Covid

Una primera ola bien gestionada: Alemania, confirmada como líder europeo y los cristianodemócratas con esperanzas de seguir en el poder después de la “era Merkel”

Alemania está orgullosa de su sistema federativo, más respetuoso de las particularidades regionales y de las libertades, a diferencia de Francia. Pero con sus estados autónomos, los Länder, cayó en un profundo dilema, al no poder aplicar una política de vacunación uniforme en todo el territorio nacional. Resultado: Alemania seguía con menos vacunados que Francia a finales del 2021 cuando empezó la cuarta ola, con un nivel de contagios y muertos más elevado y un porcentaje significativo de opositores decididos a nunca vacunarse.

La crisis Covid coincidió en Alemania con la difícil sucesión de Angela Merkel, peso pesado de Europa, que decidió retirarse después de 16 años en el poder y considerada una gran jefa de Estado por sus partidarios y detractores. Durante la primera ola, el gobierno de Angela Merkel logró sacar provecho de su gestión frente al virus. Con una popularidad a la baja, mientras el partido *Die Grünen* (Los Verdes) y los socialdemócratas del SPD esperaban la vacancia del poder, ella logró tener un repunte en satisfacción popular, gracias a una estrategia exitosa de atención a los enfermos, resultado de una política inversa a la de Francia: Alemania ha preservado camas en los hospitales desde mucho antes de la pandemia, y las duplicó en pocas semanas frente al Covid (Belluz, 2020). Hasta Francia, desbordada por los casos graves, tuvo que enviar varios a los hospitales de su país vecino. El gobierno de Merkel impulsó pruebas Covid semanales a medio

millón de habitantes, aislando los contagiados sin bloquear todo el país a diferencia de Francia, confinada.

La gestión de la crisis al principio reforzó al estado alemán que garantizó un acceso digno a la salud, en el respeto de las libertades individuales y del flujo de la economía: Macron optó por imponer sin debatir, Merkel dio preferencia a la concertación con el pueblo. Estamos ahí frente a dos modelos de democracia: uno que tuvo una deriva casi autocrática como hemos visto en el caso de Francia, y Alemania que consolidó la participación ciudadana a las decisiones tomadas desde arriba. La visión humanista en la tradición protestante germánica, ha posiblemente influenciado las decisiones políticas de los dirigentes desde mucho antes y durante la pandemia, de poner la protección de la vida encima de todo. Este éxito, a principios de 2020, está perfectamente explicitado a continuación:

Aunque el número de infectados por el virus en Alemania llega a casi las 66.000 personas, la cifra de muertos es de 616 (hasta el lunes 30 de marzo). Mientras Alemania hace un promedio de medio millón de test por semana, otros países europeos, como Italia o España, hacen una media que va entre los 50.000 y los 100.000 test por semana. [...] La toma de conciencia más temprana que en otros países y las numerosas pruebas han ahorrado tiempo y han preparado a los hospitales para una mayor afluencia de casos graves que requieren cuidados intensivos y asistencia respiratoria. Además, Alemania tiene el mayor número de camas en Europa para enfrentar un problema sanitario de estas características. Y el número de plazas se va a duplicar y ya ha pasado de 20.000 a 30.000, según el presidente de la Asociación Médica Alemana. Francia, con una capacidad de recepción mucho menor, ha optado por trasladar a sus enfermos, en particular en el este del país, a hospitales alemanes. Entretanto, como medida preventiva, los alemanes han aplazado las operaciones que no suponen un peligro inminente para la vida de los pacientes con intervenciones programadas y se está capacitando al personal para utilizar el equipo. Alemania también ha separado claramente a los pacientes de Covid-19 de los demás en los hospitales, incluso a su llegada,

para evitar un contagio innecesario. Alemania no ha optado por una estricta cuarentena, como lo han hecho Francia o Italia. En cambio, prohíbe las reuniones de más de dos personas (excepto en el caso de una familia que viva bajo el mismo techo o en el lugar de trabajo). Los viajes están regulados, pero siguen siendo flexibles: ir de compras, ir al médico o al trabajo, hacer un examen, hacer deporte solo, todo esto sigue siendo posible. Estas medidas deberían reducir los contactos sociales y, por consiguiente, el número de infecciones, a fin de evitar, como en Italia o España, que los hospitales se vean desbordados por la afluencia de pacientes en estado grave. (Correa, Thibaut, 2020)

Corrupción en la compra de cubrebocas, confusión sobre el confinamiento y oposición a la vacuna en el este o el sur: un Estado debilitado, conducido a recentralizarse

Después del éxito de Merkel en la primera ola, llegó la tormenta. Al acercarse las elecciones en Alemania para el año 2021, se revelaron varios escándalos de corrupción en la compra de cubrebocas, dentro del partido en el poder, la CDU (Vannier, 2021). Y una toma de decisiones contradictorias para encerrar o liberar a la gente antes de las vacaciones, acentuó el descontento popular. En marzo del 2021, frente a la propagación del virus, la canciller anunció el 23 un confinamiento estricto para Semana Santa. Pero ante la incapacidad de organizarlo en muy poco tiempo, el 24 ella canceló su decisión anterior, lo que la llevo a pedir perdón en un solo día a los ciudadanos, a los ministros-presidentes de Länder y al Bundestag. No se trata por supuesto de comentar en sí los órdenes y contraórdenes decididos por la jefa del ejecutivo, sino más bien evidenciar la gran confusión que generaron estas iniciativas contradictorias. Los alemanes y los diferentes niveles de poder, desde los gobiernos de los estados federados hasta el Parlamento Federal, desorientados, perdieron confianza en Merkel. Alemania entró en una fuerte crisis política, cuando conocemos el éxito legendario de Mutti (apodo que significa “mami”) en su gobernabilidad, siempre rindiendo cuentas e implicando a la ciudadanía en sus orientaciones. Y si agregamos las revelaciones de

corrupción sobre varios políticos de la CDU en la compra de cubrebocas, entendemos la caída de este partido en las últimas elecciones tanto regionales que federales del año 2021 frente a los Verdes y el SPD. En un país tan apegado al honor y la transparencia, estas noticias sepultaron las últimas esperanzas de los cristianodemócratas de seguir en el poder después de la era Merkel. En las elecciones regionales de marzo 2021 en dos Länder, la CDU sufrió una derrota ante los verdes en ascenso y los socialdemócratas. Además, durante la tercera ola, Alemania fue definitivamente rebasada por Francia en la gestión del Covid donde se aplicó una contingencia prolongada y un pase sanitario obligatorio a partir de agosto para acceder a varios lugares de ocio. Francia así registró niveles de vacunación bastante elevados con menos muertes y una saturación mejor controlada de los servicios en cuidados intensivos.

Como era previsible, la CDU perdió las elecciones federales en septiembre de 2021. La alianza rosa-verde-azul (SPD, Los Verdes, Los Liberales) permitió formar un gabinete y así no entrar en una ingobernabilidad. Esta plataforma aseguró también cierta continuidad política del Estado, gobernado desde una línea centrista compartida por Scholz (SPD) y Merkel (CDU) aunque sean de dos partidos en teoría, opuestos. Pero al no incluir el izquierdista *Die Linke* en esta plataforma gubernamental⁶, un partido muy fuerte en los estados de la ex RDA, se avala la distanciamiento entre el oeste y el este del país ya profundizada por tasas de vacunados muy diferenciadas. Tanto en los estados más pobres del este que en los más ricos del sur donde un sector duro se resiste a la vacunación, la cancillería alemana fracasó en su política tradicional de buscar el consenso nacional por la negociación, y no la imposición. Frente a la dificultad de acordar una política uniforme en todo el país con los Länder para gestionar la crisis pandémica, Merkel y su sucesor Scholz tuvieron que recentralizar su acción para que sea vinculante, acercándose al sistema francés. El nuevo canciller electo propuso el 30 de noviembre del 2021 que la vacuna sea obligatoria a partir de febrero del 2022, endureciendo como nunca las medidas, cuando su vecina Austria multa con 7000 euros a los no vacunados y realizó un confinamiento total.

Entonces, Francia también anunció que recurriría para principios del 2022 a un pase ya no sanitario sino de vacunación, indispensable para subir a los trenes (entonces equivalente a una vacunación obligatoria si uno quiere ir a trabajar), eso a pocos meses de las elecciones presidenciales para oficialmente buscar la inmunidad colectiva, objetivo que se ha transformado a lo largo de esta crisis más en un asunto político que sanitario.

Como entender la división de Alemania, profundizada por el Covid: acercamiento a su diversidad geopolítica y sociológica

Visto desde el exterior como la gran potencia de Europa y una de las principales del mundo, con una industria preservada a diferencia de Francia, Alemania está a nivel interno, muy dividida. La pandemia no mejoró esta situación. Markus, un amigo alemán, me comentó en noviembre de 2021 que en el noroeste donde radica, era la región con menos contagios del país y donde había más vacunados. En mapas donde aparecen los porcentajes de vacunados y contagios, se nota claramente esta división del país (Balu, 2021), como si, según Markus, el Covid hubiera reafirmado las oposiciones fundamentales entre norte, sur, oeste y este. Menciona por ejemplo que los del noroeste ven a los del este como menos trabajadores o que les tienen que pagar todo tipo de infraestructuras y funcionamiento desde la reunificación del país hace 30 años. Los del sur son considerados desde el noroeste como menos propensos a seguir las reglas del poder central, como en Bavaria con poca sana distancia ni cubrebocas y una resistencia rotunda a vacunarse en cierta proporción de la población⁷. Para resumir, la gente del noroeste apuntaría a los del este y del sur como culpables de varias restricciones que se aplicarían a nivel nacional: mi informante agregó el ejemplo de nuevas reglas más limitantes para dejar los niños en las guarderías. La división del país analizada a continuación para el año 2019 justo antes de la pandemia, se ha profundizada desde 2020 con la crisis Covid:

Un estudio de opinión pública del Instituto Allensbach publicado en julio de 2019 marca que el 47 por ciento de los residentes de los cinco estados de la antigua DDR se consideran orientales antes que alemanes, mientras que un 30% se ven a sí mismos como ciudadanos de segunda clase, postergados por sus pares en los estados del oeste. Además, solo el 31% cree que la democracia según el modelo de la República Federal es la mejor forma de gobierno, contra el 72% en el oeste. (Padinger, 2020)

Este sentimiento del este sobre la República Federal Alemana, a 30 años de la reunificación, se alimenta de la siguiente realidad:

- Los cinco estados del este siguen siendo los más pobres de Alemania. La tasa de empleo ha ido mejorando un poco desde la reunificación, pero la diferencia salarial sigue siendo muy notable, de aproximadamente 20,000 euros al año en el este, y 30,000 euros en el sur donde están los estados más ricos.
- El nivel educativo, en especial en matemáticas en los estados de la ex RDA, herencia del sistema exigente anterior comunista, está más avanzado que en el resto del país, lo que desemboca en una fuga de los cerebros hasta el oeste y el sur para buscar mejores niveles de vida.
- La conciencia política de izquierda ha retomado fuerza desde la caída del muro de Berlín, con el partido *Die Linke* muy bien implantado en los cinco estados de la ex RDA, superando al SPD, pero donde también la extrema derecha antimigrantes del partido AfD (Alternativa para Alemania) cobra relevancia, agravando el desencuentro con el poder central alemán.

Y la experiencia histórica del este para erradicar epidemias mundiales (Wieder, 2021), es un factor también claro de separación del país. La eficacia de las vacunas rusas en contra de la polio durante la Guerra Fría, reafirmó el interés del este hacia la Sputnik V, y el rechazo hacia la Pfizer, alemana. Merkel propuso en enero de 2021 de aplicar y hasta producir la vacuna rusa en caso dado de ser primero

aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos, pero ante la negativa del regulador, la frustración de la población en el este, aumentó. Otro dato destacable, es la reacción de la población frente al endurecimiento de las autoridades. Ante la baja tasa de vacunación a nivel nacional, por debajo de 70%, Merkel y Scholz coincidieron en pasar a la obligariedad de la vacuna. Según una encuesta realizada en octubre de 2021, los no vacunados estaban al 90 por ciento opuestos a cambiar de postura, es decir persiste un sector anti vacuna determinado, y en noviembre, una encuesta del instituto demoscópico INSA reveló que apenas 52 por ciento de la población se pronunciaba a favor de la vacuna obligatoria y 41 por ciento, en contra (Obeser, 2021). Eso implicaba entonces muchos esfuerzos de parte de las autoridades, para romper este clima de irreverencia palpable en parte de la población. A raíz de la pandemia, la famosa soberanía y autonomía de los Länder ha sido bastante afectada por tener que someterse a más centralismo del Estado federal alemán bajo el pretexto de reducir el número de muertes. La mano dura seguramente ayudará a aumentar el número de vacunados en Alemania, pero puede ser otra piedra en la unificación del país.

Notas

1. La mayoría de las fuentes fueron encontradas en la red (libros, periódicos), por ser una historia de la inmediatez, sin grandes cantidades de investigaciones publicadas de manera impresa todavía. Las entrevistas realizadas a especialistas del sector salud y/o militantes sociales, nos ayudó a poner en perspectiva la relación entre crisis sanitaria, Estado y ciudadanía.
2. Está inspirado en el programa del Consejo Nacional de la Resistencia (CNR) que juntaba a todos los patriotas unidos frente al nazismo, de la izquierda a la derecha, entre comunistas, socialistas, derecha republicana hasta cierta franja de la extrema derecha no colaboracionista
3. Afectada fuertemente por la primera ola del SARS-2, Francia compró tardíamente en abril del 2020 millones de cubrebocas al gigante asiático, cuando en los años 2000 era autosuficiente en producción de este insumo. Como ejemplo representativo, en 2010, el Estado decidió renunciar a su compra anual multimillonaria de cubrebocas a una empresa francesa que terminó siendo recuperada por un gigante estadounidense y finalmente destruida en 2018 (Collombat, 2020). ¿Por qué sucedió esto? Los economistas obsesionados en el

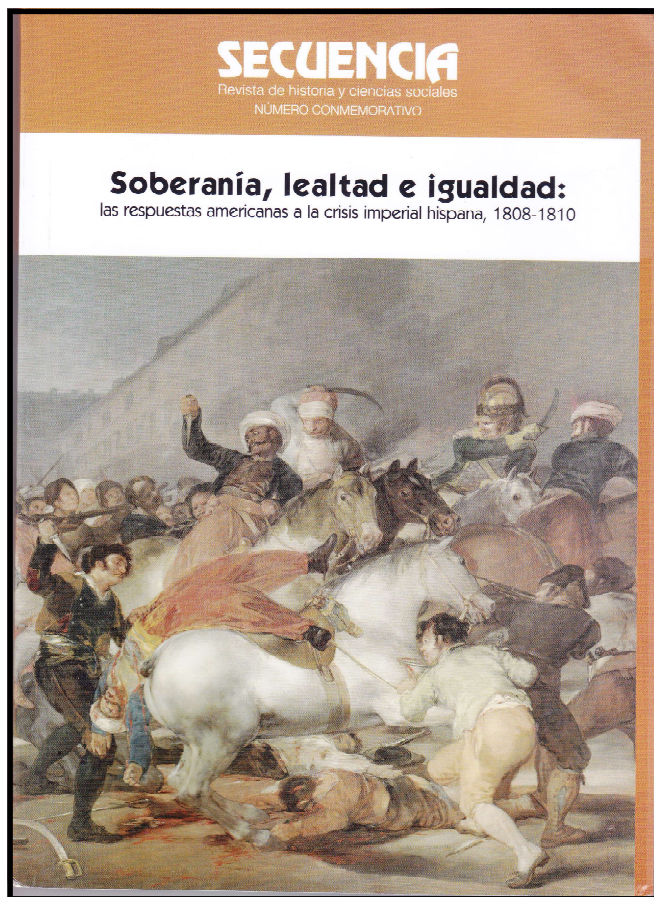
- equilibrio del gasto estatal, animados en general por reducir primero los servicios públicos, encontraron en la gestión de la gripe A (H1N1) en Francia del periodo 2009-2010, un pretexto perfecto para bajar aún más el intervencionismo del Estado. Al avanzar la cifra redonda de mil millones de euros gastados (en vacunas, cubrebocas, etc.) solo para 342 decesos en total durante la gripe A, legitimaron posponer para después la compra de cubrebocas, considerando que, en 2010, tenían suficientes stocks. Con el tiempo, estos stocks terminaron destruidos por caducidad, y no reemplazados a la altura que se debía. Eso tuvo fatales consecuencias para la gestión de la segunda pandemia mundial del siglo XXI, mucho más letal (Davet, Lhomme, 2020).
4. Guadalupe, Martinica y Guayana son los tres DFA.
 5. El famoso intelectual martiniqueño Aimé Césaire, inventor de la Negritud y autor del *Discurso sobre el colonialismo* (1950), fue también un hombre político francés de izquierda (diputado del Partido Comunista, que abandonó después de la invasión soviética en Hungría). Convenció al Estado de incorporar más a los territorios de ultramar a la nación, todavía colonias, transformándolas en Departamentos y Territorios Franceses de Ultramar (DOM-TOM). Al salir de la Segunda Guerra Mundial, las luchas de descolonización en Asia y África amenazaban al imperio francés, y la pobreza arrasaba en las Antillas francesas. Con estos criterios, los más rehusados al proyecto de ley propuesto por Césaire, principalmente derechistas, lo aceptaron finalmente al entender que podrían perder la última presencia francesa en América, al obstinarse. El objetivo central de la 'ley Césaire' era alcanzar los mismos estándares sociales y económicos para los franceses de ultramar que en Francia metropolitana. Funcionó relativamente en términos de protección social, pero no en desarrollo económico, por la simple razón que el Estado francés hace todo lo posible desde 75 años, para impedir cualquier tipo de producción en los DFA e intercambio con Nuestra América, por temer que llegaran a volar con sus propias alas, dejando a la 'madre patria'.
 6. Esquema contrario a los acuerdos alcanzados a nivel local, en grandes ciudades alemanas incluso en la capital, Berlín, donde una alianza Verdes-SPD-*Die Linke* gobierna. El mismo problema ocurre en Francia con plataformas dirigiendo varias ciudades importantes como Grenoble, Lyon, Marsella, cuando este modelo no logra formalizarse para conquistar la presidencia del país.
 7. A finales de diciembre, al anuncio de la vacuna obligatoria para febrero 2022, el nido más duro de los anti vacuna en Bavaria se opuso físicamente a la policía, dejando un saldo de varios heridos de los dos lados.

Bibliografía

- Balu, Matthieu, 4 de noviembre de 2021, "Covid: pourquoi l'Allemagne est rattrapée avant la France, par une nouvelle vague", *HuffingtonPost.fr*, disponible en https://www.huffingtonpost.fr/entry/covid-alle-magne-rattrapee-avant-la-france-par-une-nouvelle-vague_fr_6183dfce4b087e2ef93bc3e, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Beaumont, Olivier; Doukhan, David; Théveniaud, Pauline; Vernet, Henry; Wesfreid, Marcelo, 4 de enero de 2022, "Europe, vaccination, présidentielle... Emmanuel Macron se livre aux lecteurs", disponible en <https://www.leparisien.fr/politique/europe-vaccination-presidentielle-emmanuel-macron-se-livre-a-nos-lecteurs-04-01-2022-2KVQ3ESNSREABMTDWR25OMGWEA.php?xtor=AD-366>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Belluz, Julia, 15 de octubre de 2020, "The 4 simple reasons Germany is managing Covid-19 better than its neighbors", *Vox.com*, disponible <https://www.vox.com/21495327/covid-19-germany-coronavirus-cases-deaths>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Césaire, Aimé, 1950, *Discours sur le colonialisme*, Editions Réclame.
- Collombat, Benoît, 3 de abril de 2020, "Comment la France a sacrifié sa principale usine de masques", disponible en <https://www.franceinter.fr/comment-la-france-a-sacrifie-sa-principale-usine-de-masques>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Cooper, Nancy, 2022, "World's best hospitals 2021", *Newsweek.com*, disponible en <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2021>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Correa, Sergio; Thibaut, Pascal, 30 de marzo de 2020, "Covid-19: el método alemán para lograr menos víctimas mortales", disponible en <https://www.rfi.fr/es/europa/20200330-covid-19-el-metodo-aleman-para-lograr-menos-victimas-mortales>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Davet, Gérard; Lhomme, Fabrice, 5 mai 2020, "La France et les épidémies: 2010-2011, le changement de doctrine", disponible en <https://mail.google.com/mail/u/0/?hl=es-419#search/simon/FMfcgz-GllMNfjv-SPGMhkDkTp-VTLCr-vzj?projector=-1&messagePartId=0.2>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Deluzarche, Céline, 4 de abril de 2020, "Quels sont les pays disposant du meilleur système de santé", disponible en <https://www.futura-sciences.com/sante/questions-reponses/vie-sont-pays-disposant-meilleur-systeme-sante-13674/>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
El Trabajo, octubre 2021, "Caribe: Guadalupe, Martinica, Guayana: ¡Movilización contra el pase sanitario! ¡Libertad!", N° 306.
- Garré, Coline, 4 de noviembre de 2015, "Non, la France n'a plus le meilleur système de santé au monde, montre l'OCDE", *LeQuotidiendumédecin.fr*, disponible en <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/non-la-france-na-plus-le-meilleur-systeme-de-sante-au-monde-montre-lodge>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Gircour, Fred; Rey, Nicolas, 2010, *LKP Guadeloupe. Le mouvement des 44 jours*, Paris, Syllepse.

- Haridas, Christian; Rey, 2019, “Guadalupe y Guayana, dos “Departamentos Franceses de América” en huelga: la acción colectiva como respuesta a una dependencia de otras”, Cuadernos Nacionales (Universidad de Panamá), Vol. 24.
- Kempf, Raphaël, mayo de 2020, “Et le gouvernement décide de confiner les libertés”, *Monde-diplomatique.fr*, disponible en <https://www.monde-diplomatique.fr/2020/05/KEMPF/61747>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Larhot, Jean-Michel, 20 mai 2019, “Répression et extrême droite. Pourquoi les policiers votent-ils RN?”, disponible en <https://www.revolutionpermanente.fr/Pourquoi-les-policiers-votent-ils-FN>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Macron, Emmanuel, 12 de marzo de 2020, “Adresse aux français, 12 mars 2020”, disponible en <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>, ultima consulta: 3 de enero de 2022.
- Macron, Emmanuel, 16 de marzo de 2020, “Adresse aux français, 16 mars 2020”, disponible en <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>, ultima consulta: 3 de enero de 2022.
- Macron, Emmanuel, 12 de julio de 2021, “Adresse aux français, 12 juillet 2021”, disponible en <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/07/12/adresse-aux-francais-12-juillet-2021>, ultima consulta: 3 de enero de 2022.
- Mélenchon, Jean-Luc, 31 de octubre de 2020, “Tribune. Covid-19: Jean-Luc Mélenchon alerte contre les débordements du “pouvoir solitaire””, *LeJDD.fr*, disponible en <https://www.lejdd.fr/Politique/tribune-covid-19-jean-luc-melenchon-alerte-contre-les-debordements-du-pouvoir-solitaire-4002501>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Meschoulam, Mauricio, 21 de diciembre de 2019, “Protestas masivas en el mundo: una reflexión del 2019”, *ElUniversal.com*, disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/mauricio-meschoulam/protestas-masivas-en-el-mundo-una-reflexion-del-2019>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Mulot, Stéphanie, 2021, “Sur le refus de la vaccination contre le Covid-19 en Guadeloupe”, disponible en <https://aoc.media/analyse/2021/11/02/sur-le-refus-de-la-vaccination-contre-le-covid-19-en-guadeloupe/>, ultima consulta: 3 de enero de 2022.
- Notat, Nicole (coord.), 2020, “Séjour de la santé. Recommandations juillet 2020”, *Ministère de la santé et des affaires sociales*, disponible en https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_mission_notat_-_sejour_de_la_sante.pdf, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Obeser, Mario, 21 de noviembre de 2021, “Umfrage: 52 Prozent für allgemeine Corona-Impfpflicht”, *BSAktuell.de*, disponible en <https://www.bsaktuell.de/deutschland-und-welt/umfrage-52-prozent-fuer-allgemeine-corona-impfpflicht/263981/>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Padinger, Germán, 3 de octubre de 2020, “A 30 años de la reunificación de Alemania, 5 diferencias que persisten entre las ex RFA y RDA”,

- Infobae.com*, disponible en <https://www.infobae.com/america/historia-america/2020/10/03/a-30-anos-de-la-reunificacion-de-alemania-5-diferencias-que-persisten-entre-las-ex-rfa-y-rda/#:~:text=Un%20estudio%20de%20opinión%20pública%20del%20Instituto%20Allensbach,por%20sus%20pares%20en%20los%20estados%20Odel%20oeste>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Reinette, Luc, 31 de agosto de 2021, “En mon âme et conscience”, disponible en <https://entreleslignesentrelesmots.blog/2021/08/31/luc-reinette-en-mon-ame-et-conscience/>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Rey, Nicolas, 2010, “La huelga general de 2009 en las Antillas francesas: una lucha de clase en una situación de tipo colonial”, *Cuadernos de Antropología* (Universidad de Costa Rica), vol. 20.
- Robard, Isabelle, 14 de marzo de 2003, “Les plantes médicinales **françaises d’Outre-Mer** enfin réhabilitées», *Congrès UTIP-Guyane XIXèmes journées pharm-aceutiques*, disponible en www.naturemania.com/naturo/plantesDOMTOM.html, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Roucaute, Delphine, 17 de noviembre de 2021, “Covid-19: le bilan officiel est de 5 millions de morts dans le monde, mais il pourrait être en réalité trois fois plus élevé”, *LeMonde.fr*, disponible en https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/11/17/covid-19-une-mortalite-mondiale-largement-sous-estimee_6102334_3244.html, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Roux, Alexandre, 2 de noviembre de 2021, ¿“Peut-on encore se vanter d’avoir le meilleur système de santé au monde?”, disponible en <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/peut-on-encore-se-vanter-d-avoir-le-meilleur-systeme-de-sante-au-monde-20211102>, *LeFigaro.fr*, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Satgé, Léo, 27 de octubre de 2021, “Fermetures de lits à l’hôpital: “Nous ne sommes pas au bord du précipice, nous sommes dedans””, *LeFigaro.fr*, disponible en <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/fermetures-de-lits-a-l-hopital-nous-ne-sommes-pas-au-bord-du-precipice-nous-sommes-dedans-20211027>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Vannier, Sébastien, 25 de marzo de 2021, “Covid-19. En Allemagne, une gestión de crise très critiquée”, *Ouest-France.fr*, disponible en <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/covid-19-en-allemaigne-une-gestion-de-crise-tres-critiquee-5c8dbe50-8cb5-11eb-9110-2125e71d23e4>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Villanueva, Dora, 12 de agosto de 2021, “En 17 meses los millonarios ganaron más que en 15 años”, disponible en <https://www.jornada.com.mx/2021/08/12/economia/023n1eco>, ultima consulta: 8 de enero de 2022.
- Wieder, Thomas, 11 de marzo de 2021, “Les habitants de l’ex-RDA séduits par le vaccin Spoutnik V”, *LeMonde.fr*, disponible en https://www.lemonde.fr/international/article/2021/03/11/les-habitants-de-l-ex-rda-seduits-par-le-vaccin-sputnik-v_6072667_3210.html, última consulta: 8 de enero de 2022.



DETERMINACION, DEPENDENCIA Y DESCOORDINACION en las vacunas para el SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe

**Gonzalo Basile* y
Oscar Feo****

La articulación entre las transnacionales farmacéuticas, la Organización Mundial de Salud y actores de la salud global liberal en medio de la emergencia sanitaria, creada por la pandemia de SARS-CoV-2, profundizan la histórica dependencia de América Latina y alejan la posibilidad de alcanzar una seguridad sanitaria.

Palabras clave: América Latina, pandemia, dependencia, Determinación, descoordinación

*Salubrista, Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO.

**Salubrista, Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO.

América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo periférico dependiente permite estudiar los impactos de la geopolítica del poder y conocimiento en la respuesta a la pandemia de SARS-CoV-2. Este artículo busca evidenciar la articulación entre las Big Pharma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros actores de la salud global liberal, en la respuesta desde COVAX, CEPI y GAVI a la emergencia de salud pública creada por el SARS-CoV-2, identificando los eslabones críticos y las claves de soberanía sanitaria regional para estudiar el acceso a vacunas en el Sur global como bienes públicos a partir de las categorías de las tres “D”: *determinación, dependencia y descoordinación*.

A pesar de los vaivenes de la economía global, el mercado farmacéutico sigue siendo un complejo productivo y generador de demanda inelástica de consumo masivo con tasas de ganancias extraordinarias, con una venta de US\$1.27 mil millones para el año 2020 (Estatista, 2021). Este complejo industrial es uno de los sectores más rentables para los negocios del gran capital y está altamente concentrado en los países centrales que lideran la investigación, innovación y desarrollo de fármacos y vacunas, y utilizan las patentes y un lobby muy agresivo como instrumentos del capitalismo cognitivo. Ese mundo farmacéutico está liderado por 20 empresas *Big Pharma* en su mayoría provenientes de la Unión Europea y Estados Unidos, que representan más de 60 por ciento del total de ventas de la industria farmacéutica a nivel global, configurando una geopolítica claramente Norte-Sur

Centro a la periferia

El complejo médico industrial financiero (CMIF) enlaza corporaciones farmacéuticas, grupos financieros y la participación activa de los Estados del Norte global para consolidar intereses de expansión transnacionalizada del capital y reafirmar su presencia geopolítica. El CMIF expresa una constante articulación entre Estados-corporaciones para los fines de expansión del capital financiero-farmacéutico. Este complejo farmacéutico ha estado en el gobierno de la investigación, desarrollo, validación, producción, venta y distribución de las vacunas del SARS-CoV-2.

De ahí, que más que repetir premisas de la enfermología pública internacional positivista, se busca aportar una matriz de análisis crítico para revisar las respuestas a la epidemia de SARS-CoV-2 problematizando a las vacunas como una de las estrategias de afrontamiento. Sobre esta matriz de eslabones bajo las tres “D”, el presente artículo desarrolla una revisión de estos procesos para caracterizar, analizar e interpretar el acceso y uso de vacunas en respuesta al ciclo epidémico de SARS-CoV-2 desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud.

La “D” de Determinaciones internacionales de la salud, vacunas y complejo farmacéutico global

Comprender la dimensión general de las crisis epidémicas y el acceso a bienes públicos como medicamentos y vacunas requiere asumir una escala de observación basada en la categoría de *determinación internacional de la salud* que asume la complejidad de condicionantes y adversidades de América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo periférico y compradores al complejo médico industrial farmacéutico, que asumen acriticamente los patrones de respuesta “universal” a las emergencias sanitarias, tales como cuarentenas empíricas, neohigienismo y vigilantismo punitivo, geopolítica de seguridad sanitaria global y militarización ante amenazas epidémicas para el Norte global.

La determinación internacional de la salud se expresa en diferentes dimensiones y niveles, y permite demostrar el reduccionismo de la idea de que la producción de respuestas a los procesos de salud-enfermedad descansa sobre lo que ocurre sólo entre y al interior de cada Estado-Nación, sin vinculación fundamental o reconocimiento de las determinaciones geopolíticas sobre la salud y la vida en el Sur. Si la unidad de análisis para el estudio de eventos epidemiológicos globales y el acceso a vacunas son los Estados-Nación se subestima las relaciones de determinación y dependencia dentro del sistema mundo contemporáneo. Para comprender el acceso a las vacunas del SARS-CoV-2 es relevante utilizar un análisis basado en las determinaciones internacionales de la salud.

Es clave identificar que las desigualdades globales en acceso a vacunas entre Estados/sociedades nacionales y al interior de estas, son evidencias sueltas, aisladas y desconectadas. La distribución diferencial de recursos de dominación, explotación, dependencia y sometimiento se configura como la dimensión general de *determinación de la salud internacional* que nos permite comprender desde una dimensión general a los bienes públicos globales como las vacunas. Es decir, el sistema-mundo vigente, es resultado de un proceso de pliegues que en nuestra región tienen que ver con la propia constitución histórica colonial de América Latina y el Caribe del capitalismo colonial/moderno, líquido y eurocentrado como patrón de poder mundial.

Este flujo de determinación internacional de la salud, tiene una dinámica de reproducción en la propia arquitectura del Complejo Médico Industrial Financiero (CMIF) como un eslabón de la aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización, medicalización y financierización de la salud y la vida. Incluyendo una dimensión de ecología política que emerge al analizar los procesos de significación, valorización y apropiación de la naturaleza. El CMIF es un entramado que articula un triple campo de poder: geopolítico, técnico y económico-financiero. Esta triqueta implica un engranaje que entrelaza corporaciones farmacéuticas, industrias de tecnología sanitaria, industria de insumos médicos, producción privada de servicios sanitarios, y la industria aseguradora de coberturas financieras de salud.

Desde hace muchos años se viene advirtiendo que las “vacunas” se convirtieron en un espacio de negocios de la industria farmacéutica y biotecnológica. En las transiciones del colonialismo de mercado al capitalismo industrial hacia el vigente sistema mundo financiero extractivo acelerado, se produjo un cambio en el valor de cambio y valor de uso en la producción de vacunas. El mercado de vacunas a nivel global, para el año 2020, registró ingresos por 59.2 mil millones de dólares. Esto es casi el doble del tamaño del mercado en 2014 (32.200 millones de dólares), según un informe de Zion Market Research. Las vacunas más rentables en el periodo 2017-2024 son Prevnar 13 (Pfizer Daewoong), Gardasil (Merck &co), Pentacel (Sanofi), Fluzone

(Sanofi), Combinación vacuna respiratoria (Novavax), sin contabilizar las de Covid-19.

Ya no son las viejas vacunas, como las usadas contra la viruela, la polio, el sarampión, o el tétanos, por señalar algunas que fueron de gran valor para la humanidad. No se producían vacunas en ese entonces en función de una acelerada lógica de acumulación de capital, a pesar de que los procesos de salud-enfermedad infecciosas eran nudos críticos que afectaban la expansión comercial, la pérdida de fuerza del trabajo y de condiciones de consumo en las sociedades centrales del Norte global. La vacunación se transformó en un vehículo para inmunizar a las sociedades especialmente del Norte global, para proteger a esa humanidad superior del sistema mundo, pero especialmente cuidar consumidores y fuerza de trabajo. Las vacunas siempre se movieron en una concepción sobre el proceso de salud-enfermedad desde la hegemonía de la biomedicina y la salud pública funcionalista.

Hay un largo debate sobre esto, porque, al mismo tiempo que se descubren vacunas como respuesta biológica inmunitaria sin transformar las determinaciones de la salud y la vida, muchos procesos de salud-enfermedad continúan siendo persistentes en una dinámica epidemiológica de geopolítica Norte-Sur, colonial y por clase social, etnia y género a pesar de la existencia de vacunas. Las vacunas son un bien público global necesario y componente específico pero insuficiente en una respuesta a una crisis epidemiológica, asumiendo que la prioridad es el cuidado integral de la salud colectiva que se mueve como un flujo en lo general en el metabolismo sociedad-naturaleza, en lo particular en los modos y estilos de vida y sistemas sanitarios que respondan a las determinaciones de la salud.

En el siglo XX mientras se producía la consolidación de la biomedicina clínica occidental, el capital privado monopólico y los Estados del Norte global promovieron la formación de lo que hoy conocemos como el CMIF. Es ilusorio caracterizar al complejo farmacéutico global sin comprender la hegemonía de la biomedicalización de la salud y la educación médica, y su articulación geopolítica, regulatoria y de financiamiento con los Estados del centro global. Este entramado además

tiene un espacio colonizado del saber a través de las universidades y centros de investigación. Esto se complejizó con la aparición de la industria biotecnológica en el campo de las vacunas y el ingreso de las farmacéuticas en los circuitos de acumulación del capital financiero. Las vacunas tradicionales -de patógeno atenuados o inactivados- fueron reemplazadas por vacunas más sofisticadas, llamadas modernas o de segunda generación -subunidad proteica, recombinantes, conjugadas- e incluso de tercera generación -Virus likeparticles, vacunas a RNA o a DNA, vacunas vectoriales.

En el ámbito de la propiedad intelectual un nuevo régimen acompañó estos cambios: se pasó de un sistema regulatorio occidental de ciencia abierta que se auto percibe como “La Ciencia” única y totalizante, a una transición y mezcla con un sistema que basado en ese poder simbólico-científico avanzó a patentar desarrollos científicos/tecnológicos articulados a financiamientos de los Estados, lo que dio lugar a la apropiación de las corporaciones farmacéuticas del conocimiento biomédico.

Los Acuerdos sobre Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS en sus siglas por inglés) fueron el mecanismo por el cual la Organización Mundial del Comercio (OMC) impuso los intereses del complejo farmacéutico a los Estados y sistemas de salud, con graves impactos en los países dependientes de importaciones farmacéuticas con balanzas comerciales deficitarias como es el caso de América Latina. Estos derechos de patentes sobre las vacunas y fármacos, colocaron al comercio y al lucro de las farmacéuticas, sobre la salud colectiva.

El libro de Susan Sell de *Private Power, Public Law* (2003) describe con detalle la captura de los ADPIC por el Comité de Propiedad Internacional integrado por Bristol-Myers, CBS, DuPont, General Electric, General Motors, Hewlett Packard, IBM, Johnson & Johnson, Merck, Monsanto y Pfizer. Este comité ejerció una influencia extraordinaria en las negociaciones comerciales y logró plasmar sus objetivos corporativos privados en una ley global uniforme que se aplica y se hace cumplir en todos los estados miembros de la OMC.

La India y Sudáfrica propusieron ante el Consejo de los ADPIC. a mediados de octubre de 2020, una suspensión temporal de la implementación, aplicación y cumplimiento de determinadas obligaciones de propiedad intelectual de las ADPIC, incluyendo temas de patentes, derechos de autor, diseños industriales y protección de la información en relación con el SARS-CoV-2. Esta propuesta fue debatida y rechazada durante la reunión general de la OMC en diciembre de 2020, a pesar de que entonces ya estaba apoyada por más de un centenar de países.

Mientras ocurre esto en OMC, el Chatham House, también conocido como el Instituto Real de Asuntos Internacionales conocido *thinkthank* británico, convocaba a puertas cerradas en el mes de marzo del 2021 a una Cumbre Mundial de Fabricación y Cadenas de suministro de vacunas C19 co-auspiciada por COVAX junto a la Organización de Innovación Biotecnológica (BIO), la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes de Productos Farmacéuticos (IFPMA), la CEPI y el GAVI. Ahí estuvo la OMS. En esta Cumbre se abordaron las necesidades de las farmacéuticas globales en cadenas de suministros, movilidad comercial y barreras de distribución o impositivas, aceleración de la producción industrial para la distribución de geopolítica desde COVAX y comercialización de los excedentes productivos, otros. En una misma mesa las Big Pharma (IFPMA), CEPI, GAVI, BIO y la propia OMS.

El modelo de negocios de las vacunas ya no implica una inmunización para proteger sociedades en un capitalismo productivo, o a la humanidad toda. Actualmente radica en lograr esquemas de maximización de costo-beneficio con vacunas que sean incorporadas a los programas nacionales de inmunización, incidiendo en los comités de expertos, logrando que el stock de ventas se amplíe bajo asociaciones público-privadas que minimizan riesgos y garantizan amplios beneficios. Es decir, el plan de negocios en vacunas es lograr vía asociaciones público-privadas que estas se transformen en obligatorias en planes de inmunización a través de una creciente dependencia.

En resumen, lo que viene ocurriendo implica poner en evidencia que la autoridad internacional conocida como

Organización Mundial de Salud (OMS) se encuentra colonizada por los intereses del complejo farmacéutico global, gracias a un proceso acelerado de privatización que la despoja de cualquier rol en la salud pública. Casi el 90 por ciento del Programa de Medicamentos de la OMS es financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates que entrega fondos a los temas que le interesan. El 80 por ciento del presupuesto de la OMS depende de donaciones (no del aporte de los Estados), que se conocen como contribuciones voluntarias «*que se concentran en diversos países, en la Fundación Bill y Melinda Gates y en la industria farmacéutica*»¹ Cuando un donante da dinero, por ejemplo, la industria farmacéutica, sus representantes solicitan estar presentes en los comités de expertos de los diferentes programas [de la OMS]. Ya había sucedido con la epidemia H1N1, donde los fabricantes de vacunas y medicamentos, como el Tamiflú de Gilead, tenían asientos en el comité de expertos que estaba decidiendo si se declaraba una epidemia.

“D” de Dependencia: la geopolítica del poder y conocimiento sanitario en las vacunas del SARS-CoV-2

Los conceptos de desarrollo y de subdesarrollo no son fijos, son dos caras de una misma moneda dice Dos Santos (2020). Tienen una historia tejida por los conflictos y las mutaciones de la División Internacional del Trabajo (DIT) que atraviesa cinco siglos de globalización colonial capitalista y producción de dependencias.

En primer lugar, las múltiples gramáticas en las tesis de la seguridad sanitaria global implican formas y lentes de abordajes que producen desde hace tres décadas una dependencia en la salud internacional. La seguridad sanitaria global obliga a los Estados del Sur a tomar medidas sanitarias que responden a las necesidades de los Estados del Norte global. Hay un nexo entre seguridad y salud que se convierte en la narrativa dominante en el campo de la salud internacional. Flor presenta la seguridad sanitaria global como producto de un proceso de *biomedicalización de las relaciones internacionales* que prioriza los intereses geopolíticos del norte y control. La propia autoridad médica internacional de la OMS articula y promueve las demandas del Norte en especial de

EEUU, UK y Europa de 'más' seguridad sanitaria. Es decir, si una crisis epidémica es una amenaza de seguridad, las vacunas pasan a ser un insumo estratégico en la concepción de una matriz de la “guerra” epidemiológica.

Un caso testigo de esta geopolítica de dependencia que se mueve en la seguridad sanitaria como determinación internacional es el asunto internacional del acceso a las vacunas de SARS-CoV-2. Encontrando una dinámica de dependencia con el caso paradigmático de entramados que actualmente se reproducen y gobiernan el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 conocido como el “Mecanismo COVAX” de la OMS junto a la alianza GAVI y CEPI.

Este mecanismo representa una trama donde se garantizaron los derechos de patentes de las vacunas bajo la lógica de mercado y seguridad sanitaria donde sólo se comprometen a donar una proporción de los excedentes productivos que supone más un sentido de *beneficencia y caridad global* con el Sur que en acceso a un bien público global ante la necesidad de inmunización de 7000 millones de personas en el mundo.

Es decir, lo que evidencia el Mecanismo COVAX es que en el gobierno del acceso a las vacunas del SARS-CoV-2 están directamente tomando decisiones las farmacéuticas junto a los Estados del Norte global. CEPI y GAVI son centralmente los que gobernaron a la OMS en su estrategia y política global sobre vacunas de SARS-CoV-2. Una caracterización y cartografía de estos actores puede ayudar a una mayor comprensión de sistemas complejos que se mueven en la respuesta a las crisis epidemiológicas como el COVID-19 y otras pandemias y/o epidemias de alcance internacional (pasadas o futuras).

En enero de 2016, en la reunión del Foro Económico Mundial nació un proyecto muy particular con el objetivo de explorar nuevas vías de respuestas a los retos que planteaba la agenda de salud global liberal en relación a las enfermedades infecciosas emergentes. Este espacio fue gestado en el seno de la OMS, entre corporaciones y gobiernos del Norte global. Este proyecto fue concretado con el nombre de Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). Sus impulsores fueron la OMS, el fondo filantrópico de Glaxo Smithe Kline el Welcome Trus,² la Bill

and Melinda Gates Foundation y el World Economic Forum³ y contaba con un presupuesto de al menos 1000 millones dólares en sus primeros años, con tres objetivos: 1) estimular, financiar y coordinar el desarrollo de nuevas vacunas frente a enfermedades infecciosas capaces de causar brotes y epidemias, 2) avanzar en el desarrollo de candidatos de vacunas para las *enfermedades de mayor interés*; y 3) desarrollar una plataforma técnica e institucional para coordinar la respuesta ante la emergencia de patógenos. En fin, una *suerte de política de mercado de aseguramiento de global*⁴ a decir de *Rottingen*, que despertó gran interés en gobiernos del Norte global y la federación de la industria farmacéutica global (IFPMA).

Además de la caracterización de CEPI, es necesario describir a la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), cuyo impacto geopolítico se basa en las fortalezas de sus socios principales: la OMS, UNICEF, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates, y la participación de la propia industria farmacéutica global que tiene una participación del 60 por ciento del financiamiento de GAVI. Los representantes de la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes de Productos Farmacéuticos (IFPMA) que representa a más de 55 corporaciones farmacéuticas globales, incluidas Johnson&Johnson, GlaxoSmithKline, Merck&Co., Novartis, Sanofi Pasteur, la división de vacunas de Sanofi-Aventis y Pfizer, tiene un puesto en la Junta directiva de GAVI.

En relación al Mecanismo COVAX es fácil evidenciar una relación de dependencia del Norte Global. La pregunta clave es si COVAX ha sido ineficiente en sus objetivos, o si en realidad está cumpliendo la función para la cual fue diseñado.

Producción de Vacunas de SARS-CoV-2:

Big pharma, excedentes productivos del Norte y patentes

Según el rastreador de vacunas de Covid-19 de la OMS se están probando 126 candidatos vacunales en ensayos clínicos en humanos, 196 en estudios pre clínicos en animales, y se aprobaron 33 vacunas. La velocidad en la producción de la vacuna del SARS-CoV-2 en general no se debió a la brillantez de los monopolios farmacéuticos en investigación y desarrollo

(I+D), sino a una combinación de *shocks* de fondos públicos donde se comparten los riesgos y beneficios del desarrollo de vacunas en el nuevo capitalismo cognitivo y estudios previos de centros de investigación sobre los coronavirus (MERS, SARS) incluyendo a las plataformas biotecnológicas ya existentes de ARNm que hicieron posible el avance sobre estas vacunas.

El CMIF siglo XXI implica alianzas que triangulan Estado, universidades, centros de investigación y complejo médico industrial privado, en los cuales la presencia del Estado se articula a aportar en el desarrollo de conocimientos y el financiamiento, para colocar la producción en el mundo de lo privado. Moderna, creada por multimillonarios profesores universitarios estadounidenses bajo la dinámica de una ciencia biomédica empresarial tiene como inversores a la Fundación Gates, a Merck y a la propia AstraZeneca. El objetivo de Moderna fue construir una plataforma de tecnología ARNm y recibió alrededor de 2.5 mil millones en investigación federal para la vacuna del SARS-CoV-2 y financiamiento para suministros del gobierno federal de EEUU. El caso Moderna y la expansión de una academia biomédica multimillonaria a través de la monetarización del saber resulta pertinente para comprender la fabricación del conocimiento en el siglo XXI, lo que se conoce como capitalismo cognitivo.

También la alianza de la Universidad de Oxford y AstraZeneca se basa en fondos públicos. En América Latina y el Caribe la mayor plataforma que intentó apropiarse de la producción de vacunas de SARS-CoV-2 (con un importante fracaso en la cadena de suministros y capacidad de producción-distribución) fue el consorcio farmacéutico AstraZeneca con el grupo Carso⁵ de Carlos Slim (México) y el grupo Insud⁶ de Hugo Sigma (Argentina) con su laboratorio mAbxiencey su fundación filantrópica Mundo Sano que tuvieron un apoyo financiero y operacional de varios Estados latinoamericanos y caribeños.

Desde el punto de vista de la producción, de las 33 vacunas aprobadas solo 5 fueron producidas en centros de investigación que pueden caracterizarse como estatales, el resto fueron desarrolladas por corporaciones privadas y consorcios de asociaciones públicos-privados. Solamente Rusia, China

y Cuba lo hacen con fuerte presencia del Estado y con negociaciones diplomáticas directas. De hecho, China (a través de Sinovac y Sinopharma) produjo el más efectivo acceso a vacunas en el primer semestre del año 2021 a través de convenios de ventas o asociaciones con América Latina y el Caribe que permitió avanzar en estrategias de vacunación en varios países de la región. Caso especial, Cuba, que padeciendo un bloqueo económico desde hace 60 años, ha desarrollado una industria biotecnológica que le permitió producir cuatro vacunas e inmunizar a su población con sus propios recursos, además de ofrecerlas a otros países del Sur.

Por el contrario, las *Big Pharma* como Pfizer, Moderna o Janssen recién a partir de junio del 2021, una vez avanzado el cumplimiento del aprovisionamiento de la vacunación con sus sociedades centrales del Norte global, comenzaron con retardo evidente, a colocar sus excedentes productivos en entregas directas a países, o bien a través de vacunas *marcadas* vía COVAX. Es también evidente, la guerra publicitaria y las campañas sistemáticas de descrédito contra las vacunas de Rusia, China o Cuba.

Además, existen grandes vacíos de conocimiento alrededor de la inmunogenicidad. No se conoce la duración de la respuesta inmunitaria al SARS-CoV-2 y menos en relación a las diversas variantes. Estudios en Israel y China con diferentes tipos de vacunas sugieren la necesidad de refuerzos. Estos vacíos de conocimiento, nos hacen presa fácil de los intereses del capital farmacéutico que transforma esta pandemia en una oportunidad de negocios.

En la perspectiva de la distribución y aplicación de vacunas para el Covid-19, el 47,9 por ciento de la población mundial para finales de octubre del 2021 había recibido al menos una dosis de la vacuna. Se han administrado seis mil millones de dosis en todo el mundo, pero sólo el 5,2 por ciento en África. Según la Organización Mundial de la Salud, el 95 por ciento de las vacunas contra el coronavirus se concentra en diez países: EEUU, China, Reino Unido, Israel, Emiratos Árabes Unidos, Italia, Rusia, Alemania, España y Canadá. Los países del Norte global captaron todo el flujo de producción de vacunas de Pfizer, Moderna, AstraZeneca, J&J y Novavax en el primer semestre del año 2021, lo cual significó que recién a partir

del mes de junio del año se comenzaron a distribuir los excedentes productivos y cumplir contratos.

En América Latina y el Caribe, para el 9 de noviembre del 2021 los países que tienen más del 75 por ciento de su población totalmente vacunada (con esquemas de dos dosis) son Chile (80 por ciento), Uruguay (75 por ciento), Cuba (69 por ciento). Por el contrario, en la misma región otro grupo de países se encuentran aún por debajo del 50 por ciento como: Bolivia (39 por ciento), Paraguay (41 por ciento), Honduras (38 por ciento), Venezuela (48 por ciento), Nicaragua (20 por ciento), Haití (1 por ciento), entre otros.

No cabe duda que la vacunación es una de las estrategias de más efectividad, aunque es necesaria una revisión crítica a la respuesta a la pandemia y como los Estados latinoamericanos fueron reducidos a la preparación de un aparato burocrático externo a las sociedades en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2 que tomaron cuerpo e institucionalización a través de ensayos experimentales de cuarentenas empíricas, (neo)higienismo individual, punitivismo/vigilantismo médico en el siglo XXI, arreglos híbridos en sistemas de salud crónicamente fragilizados, precarios y financierizados, un gobierno biomedicalizado de especialistas clínicos tomando decisiones sobre epidemias poblacionales, la transferencia de protocolos de control y prevención de infecciones hospitalarias a la vida en sociedad, entre otros eslabones críticos.

El gobierno del SARS-CoV-2: entre los expertos clínicos y sus vinculaciones orgánicas con el CMIF

En la caracterización de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 resulta importante identificar el gobierno de los 'expertos' clínicos y la institucionalización de la *guberbiologización* de la salud pública. En una revisión de comités de operativos de emergencias o comités de respuesta a COVID-19, comités de expertos a nivel país en la región se detectan: 1. Sobreabundancia de especialistas clínicos biomédicos, virólogos y/o infectólogos, 2. Muchos de estos especialistas tienen vinculaciones directas con el complejo médico industrial farmacéutico, con industrias aseguradoras de coberturas y proveedoras privadas de servicios de salud tomando decisiones *dentro* del Estado.

La “D” de Descoordinación: los vacíos en la integración regional en salud en la producción y acceso a las vacunas del SARS-CoV-2

La salud internacional panamericana y la salud global liberal responden a una geopolítica del poder y conocimiento del sistema mundo contemporáneo. Toda la matriz de operacionalización de mandatos globales sobre el acceso a vacunas no pudo expandirse sin la plataforma de la doctrina panamericana que operó sobre América Latina y el Caribe como territorio de su dominio tecnocrático-diplomático y de sus intereses político sanitarios. Desde un punto de vista *decolonial* es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano desde fines del siglo XIX y durante todo el XX. Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se implementaron en la región de *las Américas* sobre COVID-19 no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana sanitaria.

El campo de la salud internacional en Latinoamérica no se puede comprender sin la matriz panamericana en su constitución y genealogía. Es una hegemonía compartida con la salud global liberal. El cuerpo teórico-metodológico del panamericanismo sanitario tiene como unidad de análisis a los Estados-Nación, en el control de enfermedades, en una dinámica de enfermería internacional. Sus bases teóricas se encuentran en la salud internacional colonial, la medicina tropical y el desarrollismo sanitario. En este sentido, sobre las vacunas, medicamentos y las cadenas de suministros en América Latina y el Caribe las principales agencias de evaluación sanitaria operaron con asistencia técnica de OPS-OMS, pero de forma descoordinada en cuanto a los procesos de evaluación y aprobación especialmente de las múltiples vacunas de SARS-CoV-2 utilizadas en la región (caso ANMAT, ANVISA, CECMED, COFEPRIS, etc.).

Entre estos marcos de dependencia al panamericanismo y a la salud global liberal es desde donde se acrecienta y se asienta una *descoordinación regional* en la salud internacional desde el Sur.

Esta descoordinación evidencia procesos de una frágil *(des)integración regional en salud* como espacio geopolítico

periférico dependiente, que se visualizó en las políticas públicas sobre las vacunas del SARS-CoV-2 durante el periodo 2020-2021:

- La débil autonomía que cada Estado tuvo para afrontar las dependencias a las cadenas globales de valor de los mercados de salud, al complejo médico industrial farmacéutico en el acceso de insumos, equipamiento y vacunas.
- La ausencia de stocks estratégicos de insumos, tecnología sanitaria y equipamiento médico que implicó una gran dispersión y disparidad de esfuerzos compradores, disponibilidad de financiamiento y negociaciones internacionales para adquirir respiradores, monitores de cuidados intensivos, materiales de protección personal, jeringas, agujas, entre otras.
- A través de OPS/OMS todos los Estados-Nación de América Latina ingresaron al mecanismo COVAX desactivando el planteo de las vacunas como bienes públicos.
- América Latina tiene una alta dependencia a las importaciones de medicamentos, tecnología y principios activos de la industria farmacéutica global, y una balanza comercial deficitaria permanente con el complejo médico industrial farmacológico (CEPAL, 2021).⁷
- Las cámaras empresariales de las industrias farmacéuticas nacionales en América Latina tienen políticas, prácticas y planes de negocios similares a las *big pharma*.
- La región se convirtió en un laboratorio a cielo abierto de ensayos clínicos de fases experimentales de la industria farmacéutica con los cuerpos y vidas latinoamericanas. Actualmente existen más de 600 ensayos clínicos en curso, muchos de ellos por COVID-19, y los Estados en la región buscan darle una especie de plataforma de promoción económica y regulación flexibilizada a este fenómeno, desconociendo las implicancias de la ciencia/negocio y riesgo/beneficio

que rodea su implementación para la bioética y salud colectiva.

- Los Comités de expertos y de emergencias de COVID-19 en cada país tuvo presencia de expertos clínicos y salubristas abiertamente vinculados al complejo industrial farmacéutico local y global.
- El proceso de desarrollo de vacunas nacionales de COVID-19 fue fragmentado y en el mejor de los casos en negociaciones bilaterales dispersas.
- La descoordinación regional en cooperación transfronteriza en salud donde cada Estado-Nación tomó medidas y restricciones de fronteras con cierres, aperturas, barreras terrestres, aéreas, en formatos, momentos y profundidades dispares que también afectaron cadenas de suministros.

Frente a este proceso, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia de una salud internacional Sur-Sur para poner en el centro las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción geopolítica de los modos de vivir, enfermar y morir (Basile, 2020b). La dependencia sanitaria funciona con base en una estabilización y naturalización de la descoordinación y desintegración regional de la salud desde el Sur.

En definitiva, aproximarse a los apuntes sobre las “D” de determinación, descoordinación y dependencia sanitaria es un fenómeno que implica repensar desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, partiendo que existen dependencias *consentidas* y *satélites* a la doctrina panamericana como a la salud global. Abiertas (consentida) o encubiertas (satélite). Partiendo de este problema epistémico-político relacional, la significancia de pensar y practicar una Salud desde el Sur global no es sólo un giro decolonial y epistémico. Es quizás el camino que América Latina aún se debe a sí misma, profundizar en el estudio, formación y construcción de un pensamiento-acción política sanitaria regional.

Contrarrestar las lógicas hegemónicas de la salud panamericana y la salud global liberal es una premisa que permitirá una genuina formulación de políticas, metas y estrategias

emancipatorias basadas en los propios actores y voces del Sur. A esto se conceptualiza como una aproximación a la Soberanía Sanitaria.

Producir territorios y territorialización de soberanía sanitaria regional, no sólo implica mayores grados de autonomía en las unidades de Estado-Nación y sociedades nacionales. No alcanza con soberanías nacionales. Soberanía sanitaria no es una teorización pensada desde y con la unidad de análisis de Estados-Nación ni pensando en una actualización de las tesis del desarrollo nacional y simplemente sustitución de importaciones o la construcción de un complejo productivo industrial de salud.

Emprender una estrategia *autonomizante* con discursos y prácticas nacionales frente al sistema mundo, se termina en frecuentes aislamientos, bloqueos y disciplinamiento de lo global hacia lo local. Maturana (1994) explica que el mecanismo que nos hace autónomos es la autopoiesis. Para entender la autonomía de un ser vivo, debemos entender su estructura interna. Para entender la soberanía sanitaria de América Latina debemos comprender la estructura del sistema mundo contemporáneo en especial las bases de reproducción de dependencia, subordinación y colonialidad en salud.

La crisis epidemiológica internacional y las vacunas del SARS-CoV-2 coloca en el centro a la integración regional como el horizonte de una estrategia de soberanía sanitaria.

Hay cuatro flujos y movimientos claves de aprendizaje en este periodo pandémico-epidémico:

- Primero, problematizar, estudiar, comprender y deconstruir los condicionantes, adversidades, dependencias para la salud desde el Sur en clave teórico-conceptual decolonial y técnico-metodológica a nivel territorial, local, nacional y regional.
- Segundo, hacer visible las dependencias sanitarias consentidas y satélites, sus formas diplomáticas, sus formas gubernamentales, técnicas y académicas, sus mecanismos de reproducción y perennización.
- Tercero, profundizar las bases teórico y técnico-políticas para la construcción de espacios de

autonomía regional (márgenes de maniobra) que se define como soberanía sanitaria regional.

- Mancomunar estrategias regionales de producción de vacunas con la necesaria integración de las agencias de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias, y asumir negociaciones conjuntas sobre las cadenas globales de valor sin duda es un punto de partida.

Revisar y revertir la descoordinación y dependencia sanitaria, implica repensar una integración regional basada en la estrategia de soberanía sanitaria por círculos concéntricos y progresivos. Esto significa que dada la heterogeneidad intra-regional de procesos en América Latina pareciera inviable pensar en una inmediatez donde todos los territorios, países y bloques regionales asuman una adhesión inmediata a una única hoja de ruta de integración regional en salud. Es un proceso constructivista asumiendo horizontes transicionales compartidos de autonomía y soberanía sanitaria que pueden tener diversas institucionalidades y materialidades (Ej: CELAC, movimientos sociales, universidades, naciones indígenas-originarias y autonomías territoriales, otros).

El concepto motor es la estrategia de soberanía sanitaria. Partiendo de una diversidad cultural, político-sanitaria de los territorios, territorialidades, Estados y sociedades en los procesos de regionalismo en salud. La autonomía y soberanía sanitaria no es una conquista estable y permanente. La soberanía sanitaria no es una teoría-acción basada en la unidad de análisis de Estado-Nación y fronteras, sino en la construcción permanente de espacios de autonomía político sanitaria regional. Este concepto parte de reconocer la interdependencia en el sistema mundo contemporáneo y sus determinaciones internacionales en salud para el Sur.

Avanzar hacia la integración regional desde la soberanía sanitaria es conjugar una territorialización concéntrica de flujos en nuevas agendas, prioridades y prácticas territoriales, comunitarias, de gestión y gobierno y académicas de una Salud desde y para el Sur. No es latinoamericanizar la salud panamericana ni descolonizar la salud global liberal. Es una

ruptura epistémica que implica una ruptura geopolítica del poder y conocimiento sanitario instituido.

El acceso a las vacunas de SARS-CoV-2 sitúa la cuestión pendiente de afrontar la integración con un horizonte de soberanía sanitaria regional o continuar atrapados en la dependencia y descoordinación sanitaria periférica consentida y satélite que se reprodujo durante todo el proceso de respuesta a la crisis epidemiológica internacional en América Latina y el Caribe. Es necesario colocar en el centro de la agenda latinoamericana la construcción de una integración regional en salud basada en tejidos públicos de autonomía, soberanía sanitaria y principios de salud internacional Sur Sur. Esto no sólo concierne y depende de las relaciones intergubernamentales de “Estados y Gobiernos”, sino que la soberanía sanitaria regional es un proceso estratégico que se anida en los entramados de territorios, territorialidades y actores en la construcción de una Salud desde el Sur.

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en Salud, es clave un llamado a fortalecer la acción política sanitaria para lograr acceso oportuno y universal a vacunas como bien público social al servicio de la salud colectiva de nuestros pueblos, y al mismo tiempo impulsar una campaña con la imperiosa necesidad de decolonizar nuestras teorías y prácticas y refundar los Sistemas de Salud para una efectiva soberanía sanitaria como horizonte emancipatorio para el vivir bien.

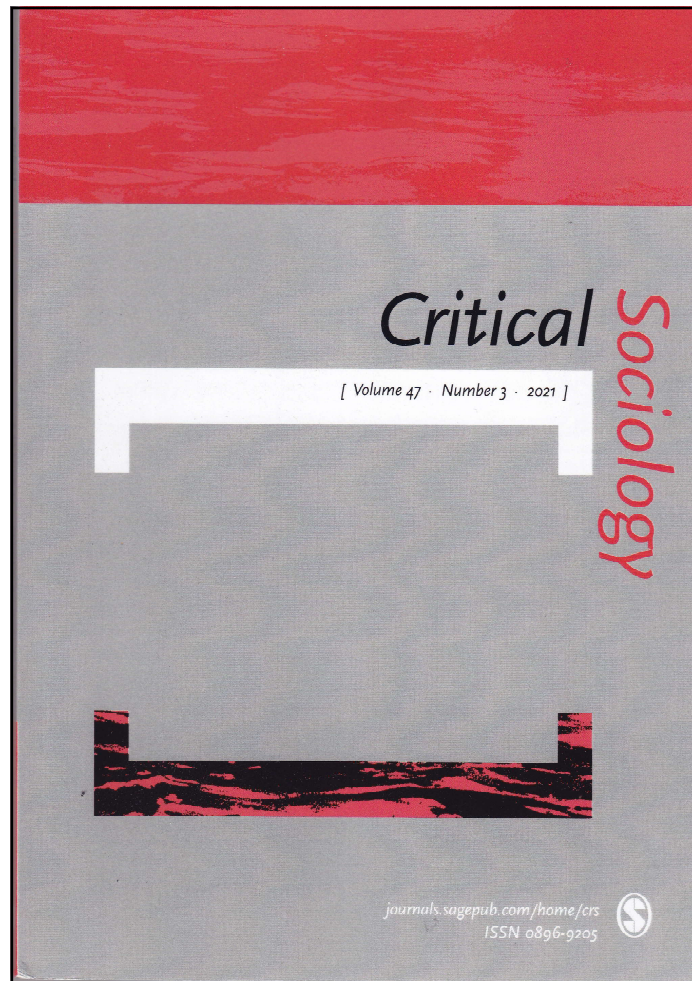
Notas

1. OMS. (2019). Contribuciones. Recuperado en: <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>
2. Welcome Trust. Ver: <https://wellcome.ac.uk/>
3. WorldEconomicForum. Recuperado en: <https://www.weforum.org/>
4. Rottingen JA, et al. (2017). New vaccines against epidemic infectious diseases. *N Engl J Med.* 2017, January 18.
5. Grupo Carso – Recuperado en: <https://www.carso.com.mx/>
6. Grupo Insud – Recuperado en: <https://www.grupoinsud.com/>
7. CEPAL. (2021). Presentación de los lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile, Septiembre 2021.

SALUD PUBLICA

EL PROCESO DE CONSTITUCION DE LA SALUD PÚBLICA EN PANAMÁ, 1904- 1929 (I parte) *

Reymundo Gurdían Guerra**



Resumen: Se explora el proceso de constitución de la salud pública en Panamá en las primeras décadas de la república. Algo difícil y tardío, pues el país no llegó a tener una unidad estatal de higiene y salubridad pública hasta 1925, es decir, casi 22 años después de su creación. Esto tuvo que ver con la fragilidad estructural en que surgió, el alto nivel de dependencia al poder imperial estadounidense y por el tratado internacional público suscrito con EEUU en 1903 y otros acuerdos posteriores, el país quedó prácticamente excluido de la jurisdicción política y sanitaria en las ciudades de Panamá, Colón y el área por donde se construiría la vía interoceánica.

Palabras clave: Historia de la salud pública, legislación benéfica y sanitaria, instituciones y administración sanitaria, Panamá, 1904-1929.

*La segunda parte de este artículo se publicará en *Tareas* 172.

** Profesor de Historia en la Universidad de Panamá.

1. Introducción

La constitución del sistema de salud pública fue un proceso lento, complicado y tardío por las condiciones especiales en que surgió Panamá a la vida independiente en 1903. La fragilidad de la nueva entidad estatal nacional, la extrema dependencia al imperio norteamericano y la casi inexistencia de una burguesía capitalista cohesionada fueron elementos que pesaron a la hora de crear y desarrollar instituciones políticas y sociales nacionales, especialmente en el ramo sanitario pues por medio de un tratado internacional público y otros acuerdos conexos con Estados Unidos, la naciente república quedó prácticamente excluida de la jurisdicción política y sanitaria en las principales ciudades del país, es decir en Panamá y Colón y en el área por donde se construiría la vía interoceánica.

Esta situación, tal como ha expresado el historiador canadiense Steven Palmer, no solo retardó el desarrollo de la medicina estatal en el país sino que “a la vez que tuvo una alta importancia simbólica, al registrar la falta de soberanía real del naciente estado tuvo un impacto práctico, al frenar el desarrollo de instituciones panameñas de salud pública”. Para este autor, “los aparatos sanitarios en Panamá y Colón, bajo control de la autoridad canalera, se desarrollaron según criterios definidos según la seguridad y bienestar del Canal, y no del pueblo panameño. Los gobiernos panameños, por su lado, no tuvieron mayor estímulo para construir un aparato de sanidad que, en las poblaciones principales del país, iba a estar subordinado a un poder ajeno. Esta tensión convirtió a la salud pública en un problema primordial del ser nacional, problema que demandaba una solución”.¹

Por lo que tanto la administración norteamericana del Hospital Santo Tomás (HST) como la jurisdicción sanitaria de Estados Unidos en las ciudades de Panamá y Colón, fueron elementos que generaron tensiones en las relaciones diplomáticas entre ambos países. La primera se resolvió favorablemente en 1924, cuando con motivo de la inauguración de las nuevas instalaciones del HST el gobierno panameño tomó la decisión de nacionalizar la administración y el personal sanitario que allí laboraba mientras que la

segunda se resolvió luego de la ratificación del Tratado Remón-Eisenhower cuando pasó a Panamá, oficialmente, el 1 de agosto de 1955, el control sanitario en las mencionadas ciudades.²

Este trabajo examina el proceso de constitución del sistema sanitario panameño en el periodo 1904-1929. Luego de pasar revista a los antecedentes del sistema en el siglo XIX cuando el istmo pertenecía a Colombia, se describe tanto la llegada de los norteamericanos a Panamá en 1904 como la campaña de saneamiento ambiental y otros trabajos de salud pública realizados por ellos con el objeto de enfrentar las malas condiciones higiénicas y la insalubridad reinante en las ciudades de Panamá, Colón y el área por donde se construiría el futuro Canal; luego se analiza la legislación benéfica y sanitaria expedida por Panamá en el periodo en estudio al tiempo que se describe la evolución del aparato estatal y la administración de los negocios relativos al ramo sanitario.

2. Antecedentes: la sanidad en el siglo XIX

En el contexto de la crisis de dominación colonial y de las guerras de independencia hispanoamericana, la elite panameña tomó la decisión, en 1821, de romper los vínculos políticos y administrativos que nos unían al imperio español y de paso adhirieron los destinos del istmo a la Gran Colombia. Sin embargo, esta unión voluntaria que se extendió hasta 1903, no dio los resultados esperados y al poco tiempo afloraron reclamos, resentimientos y hasta conatos separatistas, pues las autoridades de Bogotá, por múltiples razones y circunstancias, incluyendo los constantes conflictos políticos y guerras civiles, no atendieron los múltiples problemas y necesidades de los pueblos del istmo.

Estos hechos fueron plasmados en el *Manifiesto* que con motivo de los hechos que llevaron a la separación de Panamá de Colombia promulgó la Junta de Gobierno Provisional el 3 de noviembre de 1903, y que en una de sus partes expresa: “Larga es la relación de agravios que los habitantes del istmo hemos sufrido de nuestros hermanos de Colombia; pero esos agravios hubieran sido soportados con resignación en aras de la concordia y de la unión nacional, si su reparación

hubiera sido posible y si hubiéramos podido abrigar fundadas esperanzas de mejoramiento y de progreso efectivos bajo el sistema a que se nos tenía sometido por aquella república. El istmo de Panamá fue gobernado por la República de Colombia con el criterio estrecho que en épocas ya remotas aplicaban a sus colonias las naciones europeas: el pueblo y el territorio istmeños eran una fuente de recursos fiscales y nada más. Los contratos y negociaciones sobre el Ferrocarril y el Canal de Panamá y las rentas nacionales recaudadas en el istmo han producido a Colombia cuantiosas sumas (...) y de esas cuantiosas sumas el istmo no ha recibido el beneficio de un puente para ninguno de sus numerosos ríos; ni el de la construcción de un camino entre sus poblaciones, ni el de un edificio público, ni el de un colegio; ni ha visto tampoco interés alguno en fomentar sus industrias, ni se ha empleado la más ínfima parte de aquellos caudales en propender a su prosperidad”.³

En el campo sanitario, Colombia vivió, en el periodo comprendido de la Gran Colombia a la Regeneración, serios problemas de salud frente a los cuales los diferentes gobiernos “trataron de diseñar políticas y acciones concretas de alcance ciertamente limitado. A los problemas derivados del lamentable estado nutricional de la mayor parte de la población, de los deficientes servicios públicos ... y de la escasa información sobre higiene privada y pública, se sumaron las epidemias que periódicamente azotaban al país (viruela, fiebre tifoidea, tifo exantemático, etc.), además de las consabidas disenterías amebianas y bacilares, las enfermedades tropicales, las enfermedades traídas por los colonizadores (tuberculosis, lepra y la tan discutida sífilis), que encontraron una población inmunitariamente desprotegida, y las afecciones traumáticas derivadas de nuestras tan inciviles guerras de siempre”.⁴

No es hasta con la promulgación de la Constitución Política de 1886, cuando el Estado colombiano asume una mayor beligerancia en los problemas sanitarios del país. Esta norma sirvió de fundamento, entre otras cosas, para la “organización de la salubridad pública como una función del Estado”. Como consecuencia de lo anterior, se promulgó la Ley 30 de 1886, la cual estableció, dentro del Ministerio de Instrucción

Pública, una Junta Central de Higiene (JCH), con sede en Bogotá e integrada por tres médicos y un secretario. Este organismo se ocupó de las “enfermedades epidémicas, el saneamiento ambiental y en particular lo relacionado con el control de los puertos dentro de las orientaciones de las Convenciones Sanitarias Internacionales y de las presiones del mercado internacional.” Sin embargo, el intento por organizar la salud pública a nivel nacional se vio obstaculizado por la debilidad de un Estado dotado de precarios instrumentos financieros e institucionales y por “la realidad de un país fragmentado económica y geográficamente”.⁵ Además de la JCH, ley estipulaba la creación de juntas de higiene en las cabeceras de los departamentos. Sin embargo, muchas de estas juntas no se llegaron a instalar, unas por falta de recursos económicos y humanos y otras sólo se constituyeron ante la eventualidad de una epidemia.

⁶En Panamá, las autoridades establecieron Juntas de Salubridad o de Sanidad ante la amenaza o aparición de brotes epidémicos de enfermedades contagiosas tales como viruela, cólera, fiebre amarilla, malaria o tifus. Estas corporaciones se creaban para atender dichas eventualidades, pero por la situación casi siempre ruinosa del erario público, carecían de los recursos necesarios para realizar con éxito su labor. Así ocurrió ante posibles epidemias de viruela y de cólera en 1882, 1887, 1888, 1890 y 1892. En 1887, ante la amenaza de una epidemia de cólera, la Junta Central de Higiene adoptó una serie de medidas para prevenir el azote del flagelo que comprendían tanto “el cuidado personal como el estado de la higiene en que debían mantenerse las casas, patios, letrinas excusados o retretes y baños, la remoción de basuras y materias nocivas, al igual que la limpieza de los pozos, aljibes y tanques”.⁶ En el mismo año, la gobernación del Departamento de Panamá creó una Junta de Salubridad Pública, presidida por el doctor Ciro Luis Urriola y por el Decreto 55 de 8 de agosto de 1888, el gobernador J. V. Aycardi restableció el *Protomedicato del Departamento*, con sede en la ciudad de Panamá, corporación que no solo se limitó a examinar la idoneidad de los médicos y farmaceutas sino que también “adoptó disposiciones con respecto a la venta de medicinas, el servicio del agua, los animales en soltura, designó

inspectores sanitarios en los cementerios e inició una campaña de vacunación contra la viruela, pese a la resistencia de la población”.⁷

A inicios de la década de 1890 y teniendo en cuenta la aparición de brotes de cólera en varios puertos y centros de Europa, Estados Unidos y México, de donde continua o esporádicamente arribaban barcos cargados de mercancías y pasajeros a la ciudad de Colón, las autoridades nuevamente ponen en práctica múltiples medidas sanitarias para evitar que dicha enfermedad llegara a nuestras costas. Entre estas medidas estaban la prohibición de aproximación y entrada de buques procedentes de los puertos extranjeros infestados hasta la aplicación de cuarentenas. No obstante, la relativa resistencia del bacilo del cólera a las cuarentenas y a pesar del sano propósito de estas medidas preventivas, fueron muchos los obstáculos que impidieron poner en práctica una política eficaz y eficiente frente al contacto y al contagio, en particular porque en la época “se ignoraba en el mundo las causas que provocaban el cólera, y lo mismo ocurría frente a otras enfermedades infectocontagiosas”; además, la prohibición del ingreso de buques con sus pasajeros y sus cargas, procedentes de puertos con certeza infestados, suscitó “permanentes enfrentamientos entre las autoridades locales y nacionales a la vez que airados reclamos de países que veían esas medidas como impedimentos a la libre circulación y al libre comercio, entre ellos Estados Unidos e Inglaterra (...) Muchos empresarios y políticos neogranadinos también se opusieron con obstinación a todas aquellas medidas que obstaculizaran el libre comercio. Colombia seguía sumido en sus ya seculares conflictos políticos y militares y la crónica bancarrota económica hacía imposible poner en práctica gran parte de dichas medidas sanitarias, pues eso entrañaba disponer de apreciables recursos y en Colón no se contaba siquiera con el personal o las embarcaciones necesarias para realizar las inspecciones a los buques sometidos a cuarentenas”.⁸

3. La campaña de saneamiento estadounidense en la franja transístmica

Durante la época colonial y hasta los albores del siglo XX, las ciudades principales de la ruta de tránsito (Nombre de Dios, Portobelo, Colón y Panamá) no solo fueron lugares malsanos e insalubres sino que carecían de las mínimas facilidades higiénicas y sanitarias para garantizar la salud y la vida de sus habitantes. Los relatos históricos contienen innumerables referencias de las condiciones “poco saludables en ciertos poblados, en particular, aquellos mayormente frecuentados por visitantes del exterior”, y en algunos de estos recuentos se mencionan “varias fiebres, incluyendo malaria, fiebre del Chagres, fiebre intermitente, fiebre remitente y fiebre terciana”. En el caso de Nombre de Dios, los viajeros se referían a ella como “la sepultura de los vivos” de los europeos. Tal era la insalubridad reinante, que el Rey de España ordenó que se abandonara el pueblo, por lo que en 1597 “toda la población se trasladó a Portobelo, con la vana esperanza de escapar de las fiebres locales. Con el tiempo, esta ciudad-puerto no sólo se volvió famosa por la riqueza que la atravesaba sino que se ganó una reputación como un “lugar de propagación de fiebres malignas”.⁹

Esta mala reputación del istmo continuó en el siglo XIX, sobre todo por las numerosas vidas que cobró la construcción del ferrocarril transístmico y el frustrado canal francés. El cólera, la fiebre amarilla, el paludismo, la viruela, la disentería, la fiebre tifoidea, la parasitosis intestinal y otras enfermedades tropicales hicieron que los índices de mortalidad y morbilidad fueran sumamente elevados, especialmente en las ciudades de Colón y Panamá.¹⁰ Por ello no resulta extraño que a inicios de la década de 1880, el médico canadiense Wolfred Nelson aseverara: “Panamá está reconocida como uno de los focos de epidemia del mundo y puede competir con la costa oeste de África en enfermedades pestilentes”. A Nelson le llamó la atención “el procedimiento sistemático de desenterrar a los muertos y las cercanías de las fuentes de agua potable a los cementerios”. Junto con John Steven denunció esta situación en el *Star and Herald* y *La Estrella de Panamá*, “lo cual suscitó una polémica con la

Junta de Sanidad del Estado Soberano de Panamá. El galeno recomendó que se cremaran los cadáveres y se eliminaran las fuentes de aguas alledañas a los camposantos, pero su campaña de alerta sanitaria no produjo resultados inmediatos”.¹¹

Así que cuando los norteamericanos llegan a Panamá en 1904, con el propósito de retomar los trabajos de excavación del Canal istmico, las condiciones higiénicas y sanitarias continuaban siendo desastrosas. Sobre el particular, el doctor Alfonso Preciado, prestigioso médico y testigo de la época, manifestaba: “Panamá causaba espanto. ¡Qué recuerdos tan trágicos y desconsoladores guardaban los franceses de su residencia entre nosotros! ¡Cuántas familias diezmadas en esa época por la fiebre amarilla, el beriberi, la disentería y la malaria! Sobrada razón había para temer a Panamá y sus playas inhospitalarias”. Pero hoy todo ha cambiado –escribía en 1915–cuando ya se habían terminado los trabajos de construcción del Canal interoceánico y las labores de saneamiento en las ciudades terminales de la vía. La transformación es asombrosa. Panamá en la actualidad, puede considerarse como “uno de los lugares más salubres de nuestro planeta y a la higiene únicamente se debe este sorprendente acontecimiento. Panamá y Colón eran ciudades muy descuidadas, que carecían de acueducto y alcantarillado apropiados, cuyos habitantes se abastecían de agua lluvia que colectaban en aljibes, estanques o cisternas y de otras aguas potables provenientes de pozos o quebradas que repartían a domicilio los famosos pipoteros de antaño. Estos pozos y quebradas, por lo general, estaban expuestos a la intemperie y como no se observaban en la recolección de sus aguas las más elementales precauciones de higiene, a menudo se contaminaban con gérmenes infecciosos y daban lugar a desastrosas epidemias. La costumbre adquirida de guardar las aguas de consumo en aljibes, cisternas, estanques y barriles destapados era propicia al desarrollo de los mosquitos. Los *Stegomias fasciata* (sic), esos funestos propagadores de la fiebre amarilla, estaban de plácemes con semejantes condiciones higiénicas. Por otra parte, Panamá y Colón se hallaban rodeados de lugares pantanosos, lo cual favorece la cría de los *Anófeles*, mosquitos no menos peligrosos

que los *Stegomias* y que a su vez son los agentes transmisores del paludismo. Las calles de dichas ciudades eran pésimas, el servicio de limpieza y basura defectuosísimo, los hospitales estaban mal atendidos, sin comodidades; los enfermos mezclados unos con otros, sin precaución alguna y en el más deplorable consorcio. No debemos extrañar por lo tanto que poblaciones en semejante estado llegasen a ser verdaderos focos de infección”.¹²

Teniendo en cuenta estas difíciles condiciones sanitarias y ante el temor de un contagio generalizado que pudiera poner en peligro tanto la salud y la vida de los trabajadores y de los altos funcionarios americanos radicados en Panamá como el éxito mismo de las obras de excavación del Canal, las autoridades sanitarias de la Zona del Canal, bajo la dirección del doctor William C. Gorgas y su equipo de colaboradores, no solo se aseguraron contar con la legislación y los reglamentos sanitarios pertinentes sino que implementaron una bien estructurada estrategia para enfrentar la insalubridad reinante en las ciudades de Panamá, Colón y la Zona del Canal, la cual incluía, entre otras, las siguientes acciones:

- 1) El desarrollo de una intensa y prolongada campaña de saneamiento ambiental por lo que fue necesario conformar una gran brigada de trabajadores para la fumigación y limpieza de todas las casas, tiendas, depósitos y edificios públicos y particulares; el desmonte de herbazales y la desecación de pantanos, charcas y todo tipo de aguas empozadas; el riego de diésel y larvicidas sobre aguas estancadas y posibles criaderos de mosquitos; colocación de trampas para ratas, ratones y otras alimañas así como mallas de alambre en todas las puertas y ventanas de las casas y edificios públicos para impedir la entrada de los mosquitos; aislamiento y protección de los pacientes con enfermedades infecciosas en lugares adecuados y el desarrollo de un intenso programa de vacunación a la población, entre otras.¹³
- 2) La dotación de infraestructura urbana y sanitaria en las ciudades de Panamá, Colón y la Zona del Canal que incluía, entre otras obras y servicios, la pavimentación de calles, avenidas y aceras; la construcción de desagües

pluviales, así como plantas potabilizadoras de agua e instalación de un moderno sistema de cañerías para la distribución del vital líquido; construcción del alcantarillado sanitario; el mejoramiento del sistema de recolección de basuras y limpieza de las calles, etc.

- 3) El mejoramiento de la calidad de los servicios médicos-quirúrgicos así como la reconstrucción y ampliación de las instalaciones hospitalarias dejadas por los franceses en el istmo (Hospital del Cerro (Ancón), Hospital de Colón y el Sanatorio de Taboga) y la modernización de la atención médica y de laboratorio a través de la adquisición equipos, instrumentos e insumos necesarios. La red de atención médica-hospitalaria incluía, además, una serie de dispensarios y de hospitales pequeños o campamentos de descanso (rest camps) a lo largo de la ruta por donde se construía el Canal.¹⁴ Esta red se complementó con la edificación del Hospital de Corozal (para enfermos mentales) y el Hospital Palo Seco (para quienes padecían el mal de Hansen o lepra). Sin embargo, precisa advertir que los norteamericanos implantaron en todas sus instalaciones sanitarias, como lo hicieron en todos los servicios que ofrecían, una política discriminatoria según la raza, color, nacionalidad y condición socioeconómica de los trabajadores.
- 4) En este contexto, el gobernador de la Zona del Canal, Charles E. Magoon celebró, en 1905, un convenio con las autoridades de la República de Panamá y de la municipalidad del distrito capital con la finalidad de rehabilitar y ensanchar las instalaciones del Hospital Santo Tomás y de paso asumieron su administración. Para ello, el gobierno nacional aceptó entregar al cajero de la Comisión del Canal Istmico la suma de 85,000 pesos para este fin, de manera que dicho hospital quedara en capacidad para recibir cómodamente 300 pacientes.¹⁵ Estas acciones conllevaban no solo una nueva gestión administrativa y financiera sino también la contratación de médicos, enfermeras y laboratoristas norteamericanos, la adquisición de mobiliarios, equipos e insumos modernos y sobre todo el mejoramiento de los servicios médicos-quirúrgicos prestados a la humanidad doliente.

En resumen, los resultados prácticos de la campaña de saneamiento en las ciudades de Panamá, Colón y los pueblos de la Zona del Canal fueron efectivos, pues en poco tiempo los índices de morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas descendieron significativamente, la población de mosquitos transmisores de las principales enfermedades endémicas bajó significativamente así como también disminuyeron los casos de personas con padecimientos gastrointestinales, pues la provisión de agua potable y el mejoramiento de las condiciones higiénicas de las viviendas contribuyeron a este fin. De modo que, al concluirse los trabajos de construcción de la vía interoceánica en 1914, la situación sanitaria e higiénica en dichos territorios se había transformado radicalmente, mientras los pueblos y ciudades del interior del país continuaron viviendo en condiciones de insalubridad y sometidos a los estragos de las enfermedades endémicas y epidémicas tropicales.

4. La legislación sanitaria y benéfica

A pesar de que la Constitución Política de Panamá de 1904, no incorporaba ninguna cláusula dedicada a la salud o tema similar,¹⁶ es importante resaltar que desde los inicios de la república, el Estado panameño -a pesar a sus limitaciones jurisdiccionales y su precariedad económica- ha intervenido en la regulación de algunos aspectos de la salubridad y la asistencia pública y ha comprendido su misión de supremo gestor del bienestar general de los asociados en renglones tan importantes como el de la salud y el de la ayuda al necesitado, lo mismo que tratando de proteger y conciliar los intereses encontrados del capital y el trabajo.¹⁷ Dicha intervención se ha dado mediante la expedición de leyes decretos y resoluciones gubernamentales, la creación de instituciones sociales y benéficas, asumiendo directa o indirectamente el control o la administración de las mismas o a través de terceros o brindando subvenciones económicas a estas instituciones.

Entre la legislación promulgada con el objeto de regular los asuntos relacionados con la higiene o salubridad pública, están la que tienen que ver con el establecimiento del servicio de médicos oficiales en las cabeceras de provincia;

la que regula las profesiones médicas y sus auxiliares y crea la Junta Nacional de Higiene; la que regula la profesión dental y dispone la creación de una Junta Dental Examinadora; la que regula el ejercicio de la profesión farmacéutica y establece la Junta Nacional de Farmacia; la que crea la policía sanitaria (esta legislación contiene una serie de disposiciones relativas a la protección de la colectividad de los peligros de las epidemias, protege las fuentes de abastos de agua para el consumo humano, ordena mantener el aseo en las comunidades, dicta medidas sobre criaderos de las larvas de mosquitos que producen enfermedades transmisibles, se hace obligatorio el denuncia de toda persona sospechosa o que padezca de enfermedades contagiosas como viruela, cólera, fiebre amarilla, tifo, varicela, peste, disentería, difteria, lepra, beriberi, etc., obliga a los dueños o arrendadores de casas y fincas urbanas de cualquier clase a repararlas, blanquearlas o pintar sus paredes, puertas y ventanas); la que dicta medidas sobre construcción obligatoria de excusados en las viviendas en el interior de la república; la que establece el servicio nacional de higiene y salubridad pública; la que dicta ciertas medidas de salud pública y prohíbe el comercio de víveres a quienes sufren de enfermedades infectocontagiosas; la que crea el Comité Nacional de Lucha Antituberculosa y la que dispone ciertas medidas de salubridad pública y establece una oficina general de profilaxis venérea, entre otras. Con este objetivo se promulgaron las leyes 15 y 18 de 1904, la 15 de 1907, la 17 de 1923, la 3 de 1911, la 25 de 1915, el decreto 30 de 1919, la ley 12 de 1925, la 26 de 1926, la 53 de 1928 y la 124 de 1928.

En cuanto a la promulgación de leyes benéficas con el objeto de ayudar a los sectores pobres, desamparados y necesitados de la sociedad, el Estado desde temprano empezó a dictar una serie de disposiciones sobre la creación y subvención de asilos para niños huérfanos y abandonados y para ancianos indigentes; ha provisto el establecimiento de escuelas correccionales y la aplicación de sanciones para los que maltraten a los niños y los animales. Ejemplos de leyes de esta índole son las 77 y 94 de 1904; la 5, 29 y 62 de 1908; la 46 de 1913 y la 47 de 1926.¹⁸ También se expidieron leyes ordenando la creación de una casa de maternidad, una

Escuela de Obstetricia y una Escuela de Enfermeras; otras sobre el establecimiento de sanatorios para enfermos de tuberculosis y por la cual se destinan fondos para la prevención y curación de este terrible mal; se promulgaron disposiciones que tenían por objeto la creación de lazaretos y manicomios así como la construcción y mantenimiento de varios hospitales públicos en las cabeceras de provincias (aunque la mayoría de ellas no se cumplieron) y otras que destinan fondos para el sostenimiento del Hospital Santo Tomás y para sufragar campañas contra ciertas patologías infectocontagiosas en el interior como el paludismo, la buba o pian o las enfermedades venéreas, principalmente. Ejemplos de estas disposiciones son la ley 24 de 1904, la 43 de 1906, el decreto 61 de 1908, la 34 de 1912, los decretos 45 y 46 de 1919, la 24 de 1920, la 15, 37, 71 de 1924, la 32 de 1925, el decreto 45 de 1925, la ley 61 de 1926, la 27, 41 y 45 de 1928 y la ley 56 de 1930.

A pesar de que la Constitución de 1904 no incluía, como dijimos, ningún artículo dedicado al tema de la salud o la asistencia pública, bajo la vigencia de esta Carta se dictó el Código Administrativo (1916) el cual, a falta de un código sanitario que no se vino a promulgar sino hasta 1947, compiló en un sólo texto algunas disposiciones dispersas e inconexas que tenían que ver con ciertas materias relacionadas con la higiene y la beneficencia pública y privada. Tales disposiciones facilitaron al Estado no solo regular ciertas actividades vinculadas al ramo sanitario sino también ejercer un mayor control social y moral sobre la población. En efecto, en el Libro Tercero (Policía) se incluía el Título II (Policía Moral), en el que aparece el capítulo IX “Beneficencia, moralidad y buenas costumbres”, e incluía, entre otros, los siguientes párrafos: protección a los infantes; impúberes y adultos; indigencia y mendicidad; locos y dementes; casas de beneficencia; embriaguez; vagancia y decencia pública. Igualmente encontramos el Título III (Policía Material), el que en el capítulo II (Policía Urbana) hace referencia a “Salubridad Pública” y desarrolla los siguientes acápite: La Junta Nacional de Higiene y el ejercicio de la medicina y cirugía y la farmacia; la Junta Dental y el ejercicio de la profesión dental; médicos oficiales; boticas y droguerías; epidemias;

vacunación; cementerios; inhumaciones y exhumaciones y aseo higiénico de las poblaciones.¹⁹

Un examen somero de la legislación sanitaria expedida en las tres primeras décadas de la república, nos permite apuntar que: a) las leyes promulgadas en esa época eran, por lo general, parcas, breves y muy limitadas en su impacto social; b) no hubo mayor participación de los sectores sociales interesados en el debate y discusión de los proyectos de ley en este ramo; c) un gran porcentaje de las leyes expedidas no llegaban a cumplirse, a pesar de que algunas de ellas hasta proveían los recursos económicos para realizar lo planeado en la vigencia fiscal en que eran aprobadas y, d) era común legislar sobre una misma materia varias veces, sin obtener el resultado esperado.

De esto último hay varios ejemplos, siendo un caso paradigmático la construcción de un sanatorio para tuberculosos, pues desde fecha tan temprana como 1912 la Asamblea Nacional empezó a promulgar leyes con este propósito, incluso llegó a expedir una norma por la cual se modificaba el Código Fiscal con el propósito de generar nuevos impuestos y dedicar el producto de los mismos a este fin, y sin embargo, el hospital para los enfermos que padecían esta terrible enfermedad contagiosa se pospuso una y otra vez no llegando a construirse sino hasta finales de la década de 1940, pero aun así no fue puesto en servicio pues las autoridades del gobierno de la época redistribuyeron sus equipos e insumos a otros hospitales, por lo que sus instalaciones no se llegaron a inaugurar sino hasta principios de la década de 1950.²⁰

5. Evolución del aparato estatal y administración sanitaria

Las difíciles condiciones económicas, sociales y políticas en que Panamá surgió a la vida independiente en 1903, la extrema dependencia del país al poder imperial estadounidense a consecuencia de las onerosas cláusulas del Tratado Hay-Bunau Varilla, y en particular, por la pérdida de la jurisdicción política y sanitaria en el territorio por donde se construiría el futuro Canal y la casi inexistencia de una burguesía capitalista, son elementos que de una u otra forma

influyeron para que el país se agitara, por espacio de casi de 22 años, sin una organización sanitaria estatal.²¹

A pesar de las dificultades y teniendo en cuenta los múltiples problemas que existían en el ramo de salubridad pública y beneficencia, la Junta de Gobierno Provisional dispuso asignarle, inicialmente estas tareas al Ministerio de Gobierno, a quién correspondía también atender actividades de orden público, transporte, energía eléctrica, archivos, elecciones populares e impresiones oficiales. Con la expedición de la Ley 68 de 1904, se reorganiza el despacho administrativo del Poder Ejecutivo creándose una nueva estructura gubernamental, la cual quedó constituida por las secretarías de Gobierno y Relaciones Exteriores, de Hacienda, de Instrucción Pública y Justicia y de Fomento. Esta norma fusionó algunas dependencias y suprimió el Ministerio de Guerra y Marina. A partir de este año, las responsabilidades administrativas relacionadas con la higiene pública y la beneficencia pasaron a la recién creada Secretaría de Fomento.

Desde entonces, los esfuerzos estatales por estructurar el aparato de gobierno no cesaron, Así en 1907, se promulgó el decreto 79 de 1 de julio por el cual se distribuyen los negocios del Poder Ejecutivo en cinco secretarías: Gobierno y Justicia, Relaciones Exteriores, Hacienda y Tesoro, Instrucción Pública y Fomento. El decreto establecía, además, que para el despacho de los negocios asignados, cada secretaría se dividía en secciones que funcionarán bajo la dirección inmediata de un subsecretario al tiempo que, por decretos separados expedidos por las respectivas secretarías, se determinarán las secciones que funcionarán en cada una de ellas y el personal que las serviría. De esta forma los servicios relacionados al ramo benéfico y sanitario quedaron bajo la responsabilidad de una sección administrativa de la Secretaría de Fomento, y por el decreto 24 de 8 de julio de 1907 se dispuso que todos los negocios atribuidos a esta entidad por el decreto 79 de 1907, serían despachados por tres secciones denominadas: primera, segunda y tercera, las cuales funcionarían bajo la inmediata dirección del subsecretario de Fomento y bajo la suprema inspección del secretario respectivo; se ordenó también que cada sección

tendría el siguiente personal: un jefe de sección, un oficial primero, uno segundo y uno tercero.

En este reparto de funciones, le correspondió a la Sección Tercera atender y despachar todos los negocios administrativos relacionados no sólo con las patentes de invención y fomento de las industrias y el registro de las marcas de fábrica y de comercio sino también “todos aquellos asuntos vinculados a las cuarentenas de buques procedentes de puertos infestados o sospechosos; enfermedades epidémicas locales, cementerios públicos, lazaretos, hospitales, crematorios, aseo y salubridad pública; acueducto, alcantarillado y en general con toda medida pública; con la beneficencia, honores y recompensas a los servidores públicos, socorro para las poblaciones en caso de siniestros y organización y administración de hospitales, casas de asilo, hospicios, casas de maternidad, sociedades de beneficencia y auxilios a dichas instituciones”.² Esta sección administrativa estuvo funcionando sin mayores cambios, recursos y personal hasta 1925 cuando se estableció el Departamento Nacional de Higiene y Salubridad Pública, tal como se verá más adelante.

Asimismo, por la Ley 18 de 1904 se estableció la Junta Nacional de Higiene (JNH), la cual reemplazó al antiguo Protomedicato del Departamento de Panamá, creado en 1888. A esta institución colegiada, le correspondió organizar y reglamentar todo lo relativo al ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, dentistas, parteras (comadronas), practicantes, farmacéutas y veterinarios, así como el expendio de medicamentos, drogas y venenos e imponer las penas a los infractores de las medidas dictadas por esta corporación. Aunque la JNH no era una escuela de medicina ni podía conferir grados universitarios, la ley estipulaba que «toda persona que desee ejercer la medicina o cirugía o alguna de sus ramas en el país, deberá presentarle su título para que sea revalidado, mediante un examen del postulante en la forma y aún los programas que la Junta establezca para cada caso». ³

Aunque la JNH jugó su papel en la regulación de las profesiones médicas y sus auxiliares, su impacto, poder e influencia en el campo de la salubridad pública fue muy limitado. Esto en razón de que era un organismo colegiado

cuyas reuniones se hacían esporádicamente, sus integrantes ejercían el cargo “ad honorem”, algunos de sus miembros no tenían experiencias en el campo de la administración pública mientras otros, médicos o cirujanos, estaban dedicados al ejercicio privado de la profesión y no estaban en condiciones de dedicar el tiempo y la atención que dichos asuntos merecen. A pesar de los sucesivos esfuerzos por mejorar el alcance, competencias y responsabilidades de esta corporación, la misma continuó jugando un rol discreto y de bajo perfil en los asuntos que tenían que ver con los problemas sanitarios del país. Esta corporación estuvo vigente hasta 1945, cuando fue sustituida por el Consejo Técnico de Salud Pública, entidad adscrita al recién creado Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública.

Adicionalmente en 1915, se estableció el Departamento de Uncinariasis como una dependencia adscrita a la Secretaría de Fomento, el cual estuvo por 15 años bajo la dirección del representante local de la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller. Aparte de dedicar sus mayores esfuerzos a combatir los parásitos intestinales que causaban la uncinariasis o anemia tropical, brindar tratamientos masivos a quienes padecían esta enfermedad, construir excusados higiénicos en el medio rural y promover campañas de educación sanitaria entre la población rural, el mencionado Departamento, al igual que sucedió en otros países donde la institución Rockefeller llevaba a cabo campañas similares, se constituyó en el núcleo desde el cual los representantes de esta institución filantrópica actuaban y presionaban a las autoridades nacionales para que se establecieran unidades nacionales de higiene o de salud pública.⁴ Y Panamá no fue la excepción, tal como se verá a continuación.

Notas

1. Steven Palmer, 2005, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, en DYNAMIS, *Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, pp. 25, 59-85.
2. Ver Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, 1956, *Memoria de 1955*, Panamá, tomo 2, 1956, 22-25.

3. Eusebio A. Morales, *Ensayos, documentos y discursos*, Panamá, Autoridad del Canal de Panamá, Biblioteca de la Nacionalidad, 1 Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, “La medicina colombiana de 1867 a 1946” en *Historia social de la ciencia en Colombia*, Bogotá, Colciencias, tomo VIII, Medicina (2), 1993, 77.
4. Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, 1993, “La medicina colombiana de 1867 a 1946” en *Historia social de la ciencia en Colombia*, Bogotá, Colciencias, tomo VIII, Medicina (2), p.77.
5. Emilio Quevedo y otros, “La salud en Colombia. Análisis Sociohistórico”, *Informe especial* en: www.saludcolombia.com/actual7salud54/informe.htm, fecha de consulta, 16 de noviembre de 2020.
6. Celestino Andrés Araúz, “La salubridad en el istmo de Panamá a finales del siglo XIX y comienzos del XX”, en suplemento “Ellas”, *La Prensa*, viernes 3 de enero de 2003, 43-44.
7. Ibid.
8. Ver “Progreso, racismo y enfermedades en la historia del istmo”, en Agustín Codazzi, 2002, *Geografía física y política de la Confederación Granadina*, vol. VI, Bogotá, pp. 67-82.
9. Cfr. James S. Simmons, “Apuntes sobre la historia de la malaria en el istmo de Panamá”, escrito originalmente en 1937, en Novencido Escobar, *El desarrollo de las Ciencias Naturales y la Medicina en Panamá, Panamá*, Biblioteca de la Cultura Panameña, tomo 13, 1987, 161-162.
10. Todo ello a pesar de los ingentes esfuerzos médicos y de los magníficos hospitales que la Compañía Universal del Canal Interoceánico llegó a construir en la ciudad de Panamá y Colón durante la etapa de excavación del frustrado canal francés. Durante este periodo, miles de trabajadores e incluso altos dignatarios de la empresa constructora cayeron abatidos a consecuencia de las enfermedades infecciosas producidas por los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla y la malaria, principalmente. Como dice un historiador “los franceses desesperaron tratando de combatir el morbo, pero luchaban contra un enemigo desconocido”, ver Alfredo Castellero Calvo *La ruta interoceánica y el Canal de Panamá*, Panamá, Colegio Panameño de Historiadores e Instituto del Canal y Estudios Internacionales, 1999, 104.
11. Celestino Andrés Araúz, “La salubridad en el istmo...art. cit., 44.
12. Alfonso Preciado, 1916, “La higiene en Panamá”, en *Panamá en 1915*, Panamá, 98-99.
13. Comisión del Canal de Panamá, “Ambiente sano era clave para el esfuerzo”, en *Spillway*, suplemento especial del 80 aniversario del Canal de Panamá, viernes 12 de agosto de 1994, y Autoridad del Canal de Panamá, “La salud: el otro legado”, en *El Faro*, revista informativa del Canal de Panamá, número especial, N° 65, octubre de 2013.
14. Enrique Chaves Carballo “Los primeros empleados del Departamento de Salud de la Comisión del Canal Istmico en 1904”, en *Revista Cultural Lotería*, números 464-465, enero-abril de 2006, 62-74.
25. Ver decreto 71 de 17 de octubre de 1905, en Gobierno de la República de Panamá, “Compilación de los decretos y resoluciones de carácter general expedidos por el Ejecutivo Nacional de la República de Panamá de 1904 a 1908”, edición oficial, Panamá, Casa editorial Diario de Panamá, 1910, 562-565.
36. Valga aclarar que dicha Constitución apenas mencionaba el concepto de salubridad pública al referirse en el artículo 29 a la “libertad de trabajo u oficio” como principio fundamental de los derechos individuales. Esta cláusula que es casi una fiel reproducción del artículo 44 de la Constitución Colombiana de 1886, estipulaba: “Toda persona podrá ejercer cualquier oficio u ocupación honesta sin necesidad de pertenecer a gremios de maestros o doctores. Las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad pública. Es preciso poseer títulos de idoneidad para el ejercicio de profesiones médicas y de sus auxiliares”. Ver César Quintero, “Constitución y salud”, en Jorge Fábrega Ponce, 1987, *Estudios de derecho constitucional panameño*, Panamá, Editora Jurídica Panameña, pp. 591-627.
47. Octavio Vallarino (ministro), Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Memoria de 1946, Panamá, 1946.
58. Ibid.
69. Ver República de Panamá. Ley 1ª de 22 de agosto de 1916 por la cual se aprueba el Código Administrativo de la Nación. Panamá, edición oficial. Este Código comenzó a regir a partir del 1 de julio de 1917, y desde entonces ha sufrido múltiples y constantes modificaciones y adiciones.
20. La historia de la lucha contra la tuberculosis y la construcción de un sanatorio u hospital especializado para aislar, tratar y curar a los enfermos que padecían esta terrible enfermedad infecto-contagiosa es larga, triste y lamentable.
21. Algunos investigadores extranjeros que han realizado estudios comparativos tanto a nivel latinoamericano como centroamericano han tratado de explicar el por qué Panamá estuvo por más de dos décadas sin una unidad estatal de salud pública. Por un lado, Juan César García, sostiene que esta situación pareciera en el caso panameño estar relacionada tanto por “la extrema dependencia del país con respecto al gobierno de Estados Unidos como al débil desarrollo de la producción capitalista, y por consiguiente de una burguesía que transformara el Estado”, en tanto, Steven Palmer señala que la exclusión de Panamá del ejercicio jurisdiccional en materia política y sanitaria en la franja transistmica por parte de los Estados Unidos de América, “retardó el desarrollo de la medicina estatal en el país, por lo que esta situación a la vez que tuvo una alta importancia simbólica (...) tuvo un impacto práctico al frenar el desarrollo de instituciones panameñas de salud pública. Los aparatos sanitarios de Panamá y Colón, bajo control de la autoridad canalera se desarrollaron según criterios definidos por la seguridad y bienestar del Canal y no del pueblo panameño. Por lo que los gobiernos

- panameños no tuvieron mayor estímulo para construir un aparato de sanidad que, en las poblaciones principales del país, iba a estar subordinado a un poder ajeno”. Ver Juan César García, “La medicina estatal en América Latina, 1880-1930”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, 2016; 42 (1): 11143-175 y Steven Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, 2005, 25, 59-85.
22. Gobierno de la República de Panamá, *Compilación de los decretos y resoluciones...* op. cit., 601-603.
 23. Ver Ley 18 de 1904, por la cual se organiza y reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares y se crea la Junta Nacional de Higiene.
 24. Ver Emilio Quevedo, “A coffee with sugar, please. La Fundación Rockefeller y la salud pública en Centroamérica, hacia una mirada comparativa. Informe especial”, en *Colombia, Ciencia y Tecnología*, vol. 19, N°3, 24-36.

Bibliografía

- Aparicio, Fernando, 2000, “Panamá, 2003: la emergencia del estado nacional mediatizado”, en *Revista Cultural Lotería*, número 430, mayo-junio.
- Araúz, Celestino (2003), “La salubridad en el istmo de Panamá a finales del siglo XIX y comienzos del XX”, en “Ella” suplemento del diario *La Prensa*, 3 de enero.
- Pizurno, Patricia, 2016, *El miedo a la modernidad en Panamá, 1904-1930*, Editorial Portobelo Cultural, Panamá.
- Arosemena, M. V. y Stanziola, Egberto, 2003, *La salud pública en Panamá y sus antecedentes*, Panamá.
- Arjona, J., (1944) “El curanderismo”, en *Revista Lotería*, número 41, octubre.
- Codazzi, Agustín, 2002, *Geografía física y política de la Confederación Granadina*, vol. VI, Bogotá.
- Castillero Calvo, Alfredo, 1999, *La ruta interoceánica y el Canal de Panamá*, Panamá, Colegio Panameño de Historiadores e Instituto del Canal y Estudios Internacionales.
- Calvo Sucre, Alberto, 2007, *Análisis histórico del desarrollo de la salud pública en la República de Panamá, 1903-2006*, Panamá, EUPAN.
- Cardoze, Dennis y Caballero, Irina, 2017, *La medicina en Panamá de la época prehispánica a 1914*, Panamá, EUPAN.
- Chaves Carballo, Enrique, 2006, “Los primeros empleados del Departamento de Salud de la Comisión del Canal Istmico en 1904”, en *Revista Cultural Lotería*, números 464-465, enero-abril.
- De la Guardia, Santiago, 1958, “Sobre el problema de la prostitución en Panamá”, en *Revista Lotería*, número 28.
- Duncan, Jepta B., 1921, “La educación en Panamá”, Memoria que el Secretario de Instrucción Pública presenta a la Asamblea Nacional en sus sesiones de 1920, Panamá, Imprenta Nacional.
- Escobar, Novencido, 1983, *El desarrollo de las Ciencias Naturales y la Medicina en Panamá*, Tomo 13, Panamá, Biblioteca de la Cultura Panameña.
- Fábrega Ponce Jorge, 1987, *Estudios sobre Derecho Constitucional Panameño*, Panamá, Editora Jurídica Panameña.
- Falk, Isidore, 1957, *La salud en Panamá: un estudio y un programa. Consultoría preparada para el Gobierno de la República de Panamá, Connecticut y Washington*.
- García, Juan César, 2016, “La medicina estatal en América Latina, 1980-1930”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (1): 143-175.
- Gobierno de la República de Panamá, 1917, *Código Administrativo de 1916*.
- Gobierno de la República de Panamá, 1910, *Compilación de los decretos y resoluciones de carácter general expedidos por el Ejecutivo Nacional de la República de Panamá de 1904 a 1908*, Panamá, Casa Editorial “Diario de Panamá”.
- Gorgas, William, 1916, *Sanitation in Panama*, New York, Appleton and Company.
- Guardia, Carlos, 1981, “Historia y evolución de la Ingeniería Sanitaria en Panamá”, en *Revista Lotería*, N°303-304, junio-julio.
- Guardia, Carlos, 1982, “Saneamiento original en el área del Canal de Panamá, 1880-1890 y 1904-1915”, en *Revista Lotería*, número 312-313.
- Hooper Polo, Ofelia, 1945, “Aspectos de la vida social rural de Panamá”, en *Boletín del Instituto de Investigaciones Sociales y Económicas*, Panamá, vol. 2, núm. 3.
- Morales, Eusebio A., 1999, *Ensayos, documentos y discursos*, Panamá, Autoridad del Canal de Panamá, Biblioteca de la Nacionalidad.
- Moreno, Luis H., 2005, “Los pioneros de la sanidad rural”, en Carlos A. Mendoza (editor), *Panamá, un aporte a su historia*, Bogotá, La Prensa y Stamato editores.
- Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, *Memoria de 1946 y 1955*.
- Núñez, José María, 1989, “Panorama de la salud panameña en el siglo XX”, en *Revista Médica Científica*, vol. 5, N° 2, agosto.
- Núñez, José María, 1959, “Memorias de un médico de pueblo”, en *Revista Lotería*, número 44, julio.
- Palmer, Steven, 2005, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, 25, 59-85.
- Preciado, Alfonso, 1915, “La higiene en Panamá”, en *Panamá en 1915*, Panamá.
- Quevedo, Emilio (1996), “Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, en *Biomédica*, 16, 345-360.
- Quevedo, Emilio, Miranda, Néstor y Hernández, Mario, 1993, *Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina (2)*, tomo VIII, Bogotá, Colciencias.

- Quevedo, Emilio, 2000, “El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina”, en Tierra Firme, Revista de Historia y Ciencias Sociales, 72 (18).
- Quevedo, Emilio. “A coffee with sugar, please: La Fundación Rockefeller y la salud pública en Centroamérica, hacia una mirada comparativa”, en Colombia Ciencia y Tecnología, vol. 19, número 3, 24-36.
- Roux, Rómulo, 1953, “La lucha contra el dolor”, en Panamá 50 años de República, Panamá, Junta Nacional del Cincuentenario.
- Schapiro, Louis, 1927, Informe anual del Departamento de Uncinariasis, año 1925, (separata del Departamento Nacional de Higiene y Salubridad Pública de la Secretaría de Agricultura y Obras Públicas), Panamá, Imprenta Nacional.
- Secretaría de Fomento y Obras Públicas, Memorias de 1908, 1910, 1912, 1914, 1916, 1918, 1920, 1922 y 1924.
- Secretaría de Agricultura y Obras Públicas, Memorias de 1926, 1928, 1930 y 1932.
- Torres, Miguel, 1982, La construcción del sector público en Panamá, San José, ICAP.
- Susto, Juan Antonio, 1958, “Servicios sociales. Historia de la actividad hospitalaria en Panamá (1514-1924). El Hospital de Santo Tomás de Villanueva”, Revista Lotería, número 34.
- Sutter, Paul, 2000, “Arrancarle los dientes al trópico: ambiente, enfermedad y el programa sanitario de Estados Unidos en Panamá, 1904-1914”, en Papeles de Población, número 24, abril-junio.

UNA MIRADA AL MODELO BIOMÉDICO DESDE LA SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO

Bety Lineth Díaz González*
Alberto Valdés Tola**

Resumen: Esta investigación se enmarca en la sociología de la salud, principalmente en los debates referentes al efecto reduccionista que ha tenido el modelo biomédico en cuanto a entender el vínculo salud-enfermedad; impidiendo, de este modo, la aparición de otros paradigmas más holísticos y humanistas en la medicina contemporánea.

Así, se pretendió conocer cómo este modelo biomédico influye en el proceso de socialización profesional de una muestra de estudiantes de medicina de la universidad tecnológica equinoccial (UTE). Lo que evidenció patrones de enajenación y, un pragmatismo clínico-instrumental por parte de los futuros médicos.

Palabras clave: sociología médica, modelo biomédico, socialización profesional, enajenación, mirada.

* Profesora de sociología médica en la Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo de la Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE-Quito).

**Profesor de sociología en la Universidad de Panamá.

Introducción panorámica

Aunque existen muchas posibles definiciones sobre la salud y sus implicaciones, lo cierto es que la concepción ideal asumida por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946, parece ser, hasta el momento, una de las más completas y holísticas; ya que, no solo contempla aspectos biológicos, sino también psíquicos y sociales². No obstante, y a pesar de este principio rector, el cuál concibe a la salud como algo complejo y multidimensional, existe una cierta incongruencia en cuanto a la percepción que se tiene de la misma por parte de los profesionales de la salud. Los cuáles tienden a considerar al binomio salud-enfermedad como el producto exclusivo de agentes microbiológicos que afectan al cuerpo; por ende, todos los demás posibles factores contextuales relacionados a las determinantes sociales de la salud son excluidos racionalmente³ de su comprensión y explicación científista. En este sentido, no es aventurado suponer que, el paradigma o modelo biomédico no solo parten de una premisa reduccionista, en donde los profesionales de la salud (especialmente los médicos) entienden la salud-enfermedad como un estado maleable (sujeto a desajustes y ajustes continuos por parte de agentes patógenos y externos), sino que, peor aún, obvian el hecho de que esta relación es más bien un proceso en donde los seres humanos interactúan y son parte de un medio que los afecta directa o indirectamente.

Este paradigma biomédico, el cuál ha sido el producto directo de la modernidad y sus riesgos (Giddens, 2000), ha condicionado el saber médico y sus posibilidades humanísticas, al punto de que es casi imposible para la medicina contemporánea aceptar el vínculo entre salud-enfermedad bajo premisas que van más allá de lo biológico, como es el caso de la desigualdad social y la etnicidad como los informes Black (1980) y Acheson (1998) han hecho evidentes (Macionis y Plummer, 2011). Si bien los anteriores informes no niegan que algunas dolencias y enfermedades pueden tener un origen somático, lo cierto es que una gran mayoría de ellas tienen una génesis psicológica y social; en cuanto a estos últimos, relacionada a aspectos estructurales que muchas veces condicionan a determinados grupos sociales y humanos

a condiciones ambientales, socioeconómicas, educativas, de género, laborales, de vivienda y estilos de vida, entre muchos otros factores (Giddens, 2010); que propician no solo prácticas cotidianas no saludables; sino peor aún, mantienen intereses relacionados a perpetuar el desconocimiento de dichos factores en materia de salud.

Así, a pesar de este hecho y de que el paradigma biomédico actual se jacta de haber asumido una orientación hacia la prevención, más que hacia la curación (paradigma clásico de la medicina), su desconocimiento o silencio sobre este carácter estructural supone, por un lado, la parcelación del saber médico, lo que implica que el médico, generalmente, sigue siendo un agente paliativo y no de concienciación respecto a la relación salud-enfermedad; y, por otro lado, que impide el desarrollo de una conciencia médica responsable y holística con su mundo, que vaya en vías de generar cambios sociales o reformas estructurales. Esto lleva a suponer que en las facultades de medicina se mantiene un proceso de socialización profesional en donde los futuros médicos no solo aprenden su oficio técnico, sino que a su vez se les enajena de su incuestionable rol humanista.

Ahora bien, antes de ahondar más en este punto relacionado a la academia médica, es importante hacer referencia a las implicaciones que tiene para la sociedad esta desvinculación del médico en relación a su carácter humanístico. En este sentido, algunos especialistas y sociólogos hablan de la continua deshumanización que ha tenido la medicina. En términos macroscópicos: fenómenos como la medicalización, la mercantilización y la politización de la salud no son más que referentes incuestionables de un sistema médico que ha perdido su norte en aras de un capitalismo avanzado que exige la acumulación económica en todas las aristas de la vida humana (La Rosa, 2009; Blech, 2009); por otra parte, y a un nivel intermedio, tenemos los altos costos, a nivel público como privado, de los servicios médicos: llámese hospitales de tercer nivel, atención particular en clínicas, analíticas y exámenes de laboratorio, medicamentos, etc., y cada vez más la salud empieza a adquirir un pernicioso carácter de exclusividad, en donde solo algunos estratos socioeconómicos pueden acceder a estos beneficios (Macionis y Plummer, 2011;

Cockerham, 2002); por último, a nivel más microscópico, se habla de la despersonalización que tiene la relación médico-paciente (Entralgo, 1983; Kübler-Ross, 1994; Ascher, 2009). Aunque todos estos aspectos no son más que referentes de la crisis de la medicina o, en términos más sociológicos, de la salud como institución social en el siglo XXI; dejando en evidencia que las consecuencias iatrogénicas para los seres humanos han sido enormes en términos clínicos, sociales y culturales (Illich, 2015).

Tomando en cuenta todo lo anterior, no es extraño que, en la actualidad, en muchas sociedades, la profesión médica haya caído en un proceso de deslegitimación (Cockerham, 2002), en donde ya no se percibe al médico como un profesional embestido de cierta aura de sapiencia casi divina, como en el siglo XVIII, XIX y parte del siglo XX (Pérez Tamayo, 2003); sino más bien, como un asalariado o mercader de la salud que no ve pacientes, sino clientes. No es de sorprender que el prestigio del médico no solo empieza a mostrar signos de desgaste, sino que también, y gracias a la sociedad de la información, se empieza a debatir la necesidad de otro tipo de paradigma o modelo en salud; uno que contemple una comprensión holística del proceso salud-enfermedad y, que sobretodo, le regrese a la medicina y a los médicos su fundamento humanista y así evitar el continuo proceso de desprofesionalización de la medicina. No obstante, y a pesar de estos nuevos debates, el modelo biomédico sigue imponiendo su racionalidad en la mayoría de academias médicas. Por ende, es de suponer que en cierto grado sean estas instituciones superiores de aprendizaje los principales agentes de reproducción de este modelo, lo que lleva a plantearse la siguiente incógnita: ¿Cómo perciben y valoran los estudiantes de medicina los conocimientos humanísticos y sociales relacionados a la salud?

En principio, la pregunta expuesta pareciera alejarse de la problemática de investigación, sin embargo, una mira más profunda a la misma permite argumentar que, toda socialización profesional en materia de medicina responde a la legitimidad de cierta comunidad científica; la cuál reconoce e impone los saberes y directrices de todo un gremio. Para esta investigación, dicho mecanismo legitimador son

las universidades reconocidas por el Estado; que sustentan la premisa de que estas instituciones de enseñanza superior reproducen un modelo en particular, que termina por transformar los aspectos axiológicos de sus estudiantes.

Con esto no se pretende suponer que estos últimos sean autómatas carentes de criterio, sino que, al tiempo que van internalizando el paradigma biomédico, sus percepciones sobre la salud como algo holístico y complejo van a su vez cambiando y erosionándose; lo que en términos hipotéticos pudiera leerse de la siguiente manera: Al tener los estudiantes de medicina una mayor socialización profesional del paradigma biomédico, la relevancia para ellos de conocimientos holísticos en salud tiende a ser menor.

Socialización profesional del médico bajo el modelo biomédico

Según Émile Durkheim (2004), cualquier proceso de aprendizaje sistemático, formal y colectivo no es más que una socialización metódica. En este sentido, la medicina como disciplina científica ha pasado por varios estadios de reconocimiento social, desde los médicos de la antigüedad, más sabios intuitivos que otra cosa (Pérez Tamayo, 2003); pasando por los médicos del medioevo con su carga de imaginarios sobrenaturales y supersticiones (Russell, 2014); hasta el médico moderno, encumbrado por las luces del saber curativo de la antigüedad, el método cartesiano y, la legitimación institucional de las universidades con sus facultades de medicina; que da origen formal al proceso de profesionalización de la medicina; y, además, constituye el escenario contextual en donde se desarrolla un proceso de socialización de la medicina como saber continuo y sistemático, regido por reglas y prácticas específicas. Como ya señalaba el sociólogo Rodney Coe:

(...) para la medicina la facultad es un elemento crucial en el proceso de aprendizaje profesional, porque representa el contexto institucional en el cuál se inicia la socialización. La facultad de medicina es importante porque constituye, no solamente el ambiente en el que se transmite los conocimientos, experiencia, hábitos,

actitudes y valores, sino también el medio por el cual los miembros de la profesión controlan lo que sus colegas serán y los niveles de aprendizaje que reciben. (Coe, 1984: 234)

Por otra parte, los estudiantes de medicina van adquiriendo rasgos fundamentales a lo largo de su carrera, lo que es un claro signo de socialización profesional. Estos son: la capacidad de distanciarse emocionalmente de sus pacientes y, la capacidad de tolerar la incertidumbre (Cockerham, 2002). Ambos rasgos van en línea directa de insensibilizarse o distanciarse, en el primer caso, de sus pacientes; en el segundo, de las posibles inseguridades que puedan tener o sentir respecto a su propia formación como médicos. Esto lleva a considerar esta socialización profesional como un proceso de pérdida y adopción de principios axiológicos. En línea con lo planteado el sociólogo William Cockerham ahonda más al respecto:

(...) los estudiantes de medicina se vuelven cínicos producto de su formación (...) parecían idealistas en el momento de su ingreso en la facultad, pero una vez dentro, se preocupaban más por aprobar (...) lo que ocurre es que los estudiantes de medicina se aíslan en su entorno institucional y están obligados a adaptarse a las exigencias de ese entorno (...) Para algunos estudiantes de medicina cabe la posibilidad de que la formación médica les haya orientado más hacia los procedimientos técnicos que al trato de los pacientes como personas. (Cockerham, 2002: 234-236)

Este proceso de deshumanización o, en otras palabras, de desvincularse de su medio comunitario, en miras de formar parte de un grupo profesional exclusivista cuyas características de servicio y responsabilidad social empiezan a desdibujarse por completo en la opinión pública, para dar paso a imaginarios como el “médico-mercader” o, la medicina-negocio; no son más que referentes de como la profesión médica ha terminado sucumbiendo a la lógica de un capitalismo avanzado que ha negado su carácter humanístico y de servicio, por un pernicioso tecnicismo deshumano que

pretende ser más objetivo y científico (Entralgo, 1983). Ahondando aún más en este punto, el modelo biomédico que se enseña actualmente en muchas universidades socializa profesionalmente a sus estudiantes, bajo premisas como:

- a) Tratamiento de los síntomas, desentendiéndose de las causas, que son fundamentalmente extrafisiológicas (...).
- b) Medicina especializada, despreocupándose por la integración o totalidad del paciente.
- c) Neutralidad emocional del profesional sin atender al axioma de que la actitud del profesional es también un factor de curación (...).
- d) Valoración del dolor y la enfermedad como totalmente negativos, sin prestar atención al hecho de que pueden informar de conflictos y desarmorías subyacentes.
- e) Intervención por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas, en lugar de hacer uso de técnicas no invasoras como dietas, ejercicios, psicoterapias...
- f) Cuerpo considerado como una máquina en buen o mal estado, en lugar de observarlo como un proceso dinámico (...).
- g) Preocupación por eliminar los síntomas, sin preocuparse por alcanzar un máximo de bienestar, una “meta-salud”.
- h) Fomento de la dependencia del paciente, en lugar de estimular su autonomía.
- i) Autoridad del profesional, en lugar de una terapia al servicio del paciente.
- j) Separación del cuerpo y la mente. Se considera la enfermedad psicosomática como mental y el tratamiento corresponde al psiquiatra, ignorando que la enfermedad psicosomática implica a todos los profesionales de la salud.
- k) Consideración de la mente como un factor secundario en las enfermedades orgánicas, en lugar de valorarlo como un factor primario en toda enfermedad.
- l) Mayor crédito a la información cuantitativa de los diagramas y las pruebas o análisis, desestimándola información cualitativa dada por el paciente o intuita por el profesional. (Vicens, 1995: 94-95)

Cabe mencionar que este paradigma biomédico convive desde hace tiempo con otros campos de estudio más holísticos como la medicina social, que plantea “(...) una expresión de la tradición humanitaria en medicina (...) puede ser identificada con la atención humana a los pacientes, la prevención de enfermedades” (McKeown y Lowe, 2009: 9); o, lo que Jaime Breilh denomina como salud colectiva, que

plantea que la salud es un fenómeno complejo relacionado a construcciones históricas y culturales particulares (Casallas, 2017). Ahora bien, si existen otras alternativas más integrales u holísticas en salud, ¿por qué el modelo biomédico se ha constituido cómo el único legítimo para comprender el proceso salud-enfermedad? Quizás la respuesta a esta interrogante estaría en la noción de modernidad occidental, la cual asume qué al ser dueños de nuestro destino, la medicina está llamada a generar control exclusivo, sobre un medio particular (el cuerpo) y, por ende, cualquiera otra consideración en materia de salud-enfermedad sería vista cómo exótica o ajeno al principio de objetividad que se tiene. Evidentemente, lo anterior sugiere la existencia de toda una maraña biopolítica que, al tiempo que excluye otros saberes médicos, relacionados a otras culturas (alternativas)⁵, impone una surte de monopolio legitimador del saber médico cónsono con el capitalismo avanzado; impregnando a universidades, farmacéuticas, centros de salud, organizaciones internacionales, etc.

En este orden de ideas, los estudiantes de medicina son receptores de los principios de este modelo biomédico, pero de forma acrítica y, en muchos casos ajenos de otras posibilidades. Que pueden indicar o hacernos creer que existe cierto grado de enajenación.

Según Karl Marx, el trabajo enajenado es una suerte de distanciamiento y extrañeza respecto del proceso productivo; algo así como no encontrarse a sí mismo en este último y, por ende, reificando la existencia dentro de un mundo de sombras que contemplamos como eterno e invariable. Esta distorsión de la realidad, producto de un sistema de ideas (ideológico), en principio legitimado (lo que lo hace hegemónico y dominante), se encuentra basado en el modo de producción capitalista; que no ve la salud como un bien común, sino como una oportunidad económica; en donde las personas enfermas no son más que clientes (perfecto o imperfectos, como diría Bauman); en donde las especializaciones médicas, no son más que posibilidades infinitas de lucro; y, los centros médicos templos de la sociedad de consumo.

Así, los estudiantes de medicina se encuentran vinculados a una socialización profesional que los enajena de su producto:

la salud-enfermedad es el resultado de un combate cuyo principio y fin es el cuerpo del paciente; los tratamientos médicos y los fármacos los que los curan y no otros factores mentales y sociales. Se encuentran enajenados también de su misma actividad productiva, ya que, su contexto artificial de trabajo les es hostil y solo se pueden encontrar con ellos mismos fuera de ese contexto, lo que acentúa el proceso de humanización y despersonalización. Por otra parte, se encuentran enajenados de sus compañeros de trabajo, a los cuales perciben como competencia; por último, este proceso de enajenación, los desvincula de ellos mismos y su rol humanístico en la sociedad.

Partiendo de lo anterior, la socialización profesional de los estudiantes de medicina es el vínculo técnico, pero sobretudo ideológico, de un sistema inhumano que pretende imponer su lógica de mercado a individuos en formación; a los cuales enajena de forma sistemática, ahogando cualquier posibilidad de concebir la salud-enfermedad como un fenómeno holístico; negando que la medicina es una profesión fundamentalmente humanista; que debe existir una solidaridad ante todo, entre compañeros de trabajo y pacientes más allá de cualquier interés particular; y, principalmente, que ser médico no es solo una profesión, sino una manera de estar y existir en este mundo (“Ser”), lo que implica una responsabilidad social como agente transformador.

Apuesta metodológica

Esta investigación parte de la premisa de qué son las universidades cómo entes de reproducción y cristalización de saberes y conocimientos específicos, las cuales, terminan generando barreras cognoscitivas y axiológicas en cuanto a la transformación, cambio o reforma de paradigmas y modelos legitimados. De acuerdo con lo planteado, se busca explorar y describir las perspectivas de una muestra de estudiantes de medicina, en relación a los saberes humanísticos y sociales relacionados a su carrera; para entender en qué grado la academia médica ejerce una socialización profesional sobre estos, en cuanto a imponer la lógica del modelo mecánico-reduccionista (biomédico) en detrimento de un modelo más holístico en medicina.

Para lograr este fin, se seleccionó una universidad del contexto ecuatoriano, cuya reputación en cuanto a su facultad de medicina tuviera reconocimiento nacional. La Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE) no solo respondía a este requerimiento, sino que contaba dentro de su malla curricular o plan de la carrera de medicina, con un compendio de asignaturas⁶ relacionadas a constituir en sus estudiantes una *mirada*⁷ algo más humanista y social que en otras universidades.

La propuesta investigativa planteada se enmarca en un enfoque cuantitativo que permitiera la clasificación de la información obtenida y posterior análisis (dato) bajo criterios con algún grado de generalización. No obstante, con esto último no se pretende ningún principio de causalidad o falsación de teoría, sino que dichos resultados se tomaron como referentes relacionales de la problemática de estudio; que en alguna medida orienten a futuras investigaciones sobre el tema en cuestión (replicar) y generar algunas proposiciones hipotéticas al respecto.

En relación a la muestra de estudiantes de medicina susceptible de ser seleccionada para la investigación, se utilizó un criterio operativo basado en la conveniencia; ya que se realizó un *cuasi* censo⁸ de todos los estudiantes que ya habían cursado la asignatura sociología médica y, al final del curso se les solicitó su cooperación voluntaria, con su consiguiente consentimiento informado para responder a la encuesta (técnica de investigación). De esta forma, la aplicación de este cuestionario (instrumento) suministró los insumos de la investigación (universo).

Es importante mencionar, en términos de caracterización académica de la muestra, que todos los estudiantes de medicina encuestados habían recibido, al momento de ser encuestados, un número importante de asignaturas relacionadas con el modelo biomédico⁹ y, casi todos los cursos humanísticos y sociales.

Los estudiantes, en promedio, pertenecían a las edades de 19 o 22 años de edad cumplidos (19,8 por ciento). En cuanto al sexo, 58,1 por ciento fueron mujeres y, el 41,9 por ciento hombres. El 70,9 por ciento de los estudiantes encuestados reconocieron que sus padres le pagaban su colegiatura;

mientras que 15,1% era financiado por préstamo del IESS¹⁰; 7,0% por ciento autofinanciado; 3,5 por ciento por beca; y, 3,5 por ciento por préstamo del IECE¹¹.

Luego de la recolección de la información, efectuada por uno de los investigadores; se realizó el proceso de sistematización y análisis de los datos por medio del programa estadístico SPSS.

Perspectiva sobre la sociología médica

Dentro de los *ítems* contemplados por la investigación, sobre la perspectiva que tenía los estudiantes de medicina respecto a la asignatura sociología médica, dos de ellos reflejaron algún grado de relevancia.

“¿Cuál es el nivel de relevancia que tiene para usted la sociología médica, en cuanto a fortalecer su formación profesional como futuros médicos?” El 44,2 por ciento de los estudiantes encuestados dijeron que era *importante* para su formación; mientras que 33,7 por ciento reconocieron que era *muy importante*; por otra parte, un 18,6 por ciento sugirieron que era *moderadamente importante*; solo un 3,5 por ciento sostuvo que era *poco importante*. Ahora bien, en cuanto al sexo de los estudiantes encuestados, la evidencia no refleja cambios significativos en relación a la apreciación general, el 44,4 por ciento de los hombres consideraron que la asignatura era *importante*, mientras que el 44,0 por ciento de las mujeres también.

Los resultados arrojados reflejan, aparentemente, que una mayoría de estudiantes de medicina considera que la asignatura de sociología médica tiene algún nivel de significación en su carrera; no obstante, si partimos de: 1). Que existe cierto nivel de dispersión entre las tres categorías analíticas (muy importante, importante, moderadamente importante); y, de los presupuestos teóricos; dicha evidencia refleja el nivel de incertidumbre que aún tienen éstos estudiantes de medicina respecto al posible beneficio de estos conocimientos humanísticos y sociales en relación a su futuro ejercicio profesional. En este sentido, es importante recordar que para el momento de que fueron encuestados, ya habían recibido una amplia gama de asignaturas relacionadas al modelo biomédico en salud; lo que pudiera

suponer cierta contrariedad en relación a los saberes (ciencias naturales/ciencias del espíritu). No obstante, la *data* permite suponer, hipotéticamente hablando, que, si existe cierto nivel de ambigüedad en relación a la importancia de esta asignatura humanística y social, en este momento intermedio de su socialización profesional, es muy posible concebir que el mismo empiece a declinar en etapas más avanzadas de la carrera.

“¿Cuál es el ámbito que considera usted los conocimientos de la sociología médica pudieran prestarle mayor auxilio profesional cómo futuro médico?” El 67,4 por ciento sostuvo que en la relación *médico-paciente*; mientras que un 24,4 por ciento de los estudiantes reconoció que la sociología médica pudiera ser de utilidad para comprender la relación *médico-sociedad*. Por otra parte, un 5,8 por ciento de los estudiantes dijo que la asignatura le pudiera servir en cuanto a entender la relación *médico-otros profesionales de la salud*; y, un 2,3 por ciento en cuanto a la relación *médico-instituciones de salud*. En cuanto al sexo no se percibió diferencias a este respecto (hombres 69,4 por ciento y mujeres 66,0 por ciento: relación médico-paciente).

La mayoría de los estudiantes de medicina consideró que la asignatura sociología médica les sería de utilidad en relación con el binomio médico-paciente, lo que muestra una marcada orientación profesional, ya que por lo general siempre se vincula al médico con el enfermo. No obstante, nótese que las otras categorías (médico-institución de salud, médico-otros profesionales de la salud) casi no fueron consideradas con excepción, quizás, de la relación del médico con la sociedad. Partiendo de los presupuestos teóricos, aquí evidenciamos cómo todavía estos estudiantes no han entrado del todo en un proceso de desvinculación emocional o cinismo con respecto a los pacientes, lo cual se pudiera explicar por el hecho de que aún cursan una etapa intermedia de la carrera. Por otra parte, y a pesar de que la mayoría mencionó la relación médico-paciente, la dispersión en cuanto a las otras categorías analíticas pudiera sugerir cierto despertar humanístico en cuanto al reconocimiento de otros actores dentro del universo de la salud como institución social. Sin embargo, hipotéticamente hablando, también es muy posible

que con el paso del tiempo el paradigma biomédico tenga mayor influencia sobre cómo se perciben como estudiantes de medicina, el propósito de su profesión, su rol dentro de la sociedad y el lugar de los otros profesionales de la salud y, del paciente.

Valoración de los contenidos de la asignatura sociología médica

En este apartado se les pidió a los estudiantes que evaluaran los contenidos ofrecidos en la asignatura sociología médica, en relación al nivel de relevancia que cada temática tenía en cuanto a su desarrollo profesional como médicos. Se pudo identificar cierto patrón pragmático que sugiere el carácter instrumental en que estos estudiantes de medicina racionalizan los conocimientos humanísticos y sociales.

En el nivel alto la mayoría de los estudiantes colocó la “Relación médico-paciente”, lo cual no era ninguna novedad en sí mismo; en el nivel medio, el “Liderazgo del médico”; y, en el nivel bajo, la “Relación interpersonal con otros profesionales de la salud”.

A diferencia de todas las demás respuestas anteriores, cuando se separó el nivel de relevancia de los contenidos de la asignatura sociología médica por género, se pudo identificar que si bien, las mujeres estaban de acuerdo con los hombres con relación al nivel alto y medio (Relación médico-paciente y Liderazgo del médico respectivamente), en el nivel bajo colocaron las “Dimensiones sociales de las enfermedades”; lo cual pudiera sugerir, un nivel de apertura a temáticas más holísticas por parte de las mujeres. Esta diferencia en cuanto a género trasciende los límites teóricos enmarcados en esta investigación, pero supone una posible problemática de estudio a futuro¹².

Es importante recalcar que dicho patrón pragmático en cuanto a los contenidos de mayor relevancia para los estudiantes de medicina solo evidencia la dimensión instrumental en qué se encuentran. Como ya se discutió, el paradigma mecánico-reduccionista (modelo biomédico) se focaliza en una concepción somática de las enfermedades en donde el análisis se centra en el cuerpo del paciente, excluyendo cualquier vínculo con otros factores como la

mente y el contexto social; por ende, no solo no es holístico, sino que se enmarca técnicamente en el *hacer*, no en el *saber*. Así, temáticas con contenidos humanísticos y sociales son pensadas por los estudiantes de medicina como no aplicables al ámbito contextual del médico o, en otras palabras, en la práctica médica. Todo esto lleva a considerar que es muy posible que el proceso de socialización profesional del médico implica cierto grado de enajenación, que le exige centrarse en la practicidad de su disciplina de manera acrítica e instrumental; y, no en las complejidades holísticas que rodean el binomio salud-enfermedad. De esta forma, los estudiantes de medicina no solo son orientados consciente e inconscientemente a pensar de manera técnica, sino que, además, esta socialización profesional no les permite tener una *mirada* más holística; racionalizar el vínculo salud-enfermedad en sentido sociocultural (alternativo), conceptual o, incluso, institucional. El Cuadro No.3 permite relacionar analítica y reflexivamente lo anterior.

Epílogo

Esta investigación se enmarca dentro de la llamada sociología de la salud, pero se reconoce que es parte de un debate mucho más grande, que vincula a la sociología del conocimiento y el cambio social. En este sentido, la misma permite evidenciar por medio de la socialización profesional de los estudiantes de medicina, como las fuerzas sociales terminan determinando o, por lo menos, orientando el tipo de *mirada* que se tiene en relación a cualquier fenómeno o hecho social.

En este caso particular, la evidencia sugiere que los estudiantes de medicina representan la reproducción del paradigma mecánico-reduccionista, ya que son receptores directos e indirectos de sus premisas. No obstante, el modelo biomédico es solo la esencia ideológica de un sistema que niega el reconocimiento de saberes holísticos; que le teme a un humanismo dinámico y renovador; y, que, sobretodo, se nutre de la enajenación de estos profesionales de la salud, en miras de seguir su lógica acumulativa de capitales.

Con esto no se niega u omite los avances que ha tenido la medicina, con las nuevas tecnologías, las cirugías especia-

lizadas y las vacunas (Vicens, 1995); pero no se puede obviar, que el mayor progreso en salud, se ha debido a la “(...) limitación del tamaño de la familia (un cambio de comportamiento), un incremento en el suministro de alimentos y un medio físico más saludable (influencias ambientales)” (McKeown y Lowe, 2009). Todas estas últimas relacionadas a la medicina social. De esta forma, no es aventurado suponer que un cambio en el paradigma médico, hacia un enfoque más holístico y humanista traería grandes beneficios a la humanidad.

Así, la sociología como ciencia social tiene aún un gran reto como agente de cambio social, la de despertar las conciencias adormiladas y, hacer evidente lo oculto. En sentido, se aboga por que haya más esfuerzos investigativos en relación a esta temática y, que se sigan divulgando los límites actuales de la medicina, en miras de su mejoramiento y desarrollo integral desde una *mirada* más holística y humanista.

El paradigma biomédico solo ve el cuerpo y comprende la relación dicotómica salud-enfermedad bajo este parámetro; no existe la mente, para su *mirada* no existen los factores sociales ni culturales. Como en el epígrafe que abre este escrito del poeta Gibran Jalil Gibran: solo ve la flor, y no percibe el perfume...

Notas

1. Según Ricardo Moragas (1976) existen siete formas de conceptualizar la salud: Somático-fisiológica, psíquica, sanitaria, político legal, económica, social e ideal. Esta última, aunque evidentemente inalcanzable, sirve como guía para las actividades sanitarias.
2. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2006).
3. La base filosófica del paradigma biomédico es el modelo cartesiano de interpretación (Vicens, 1995); por ende, el cuerpo es concebido como una máquina, en donde cualquier enfermedad es un desajuste o anomalía que requiere ser atendida en los límites fisiológicos del paciente y no más allá de este universo corpóreo (Descartes, 2005). En este sentido, todo médico o profesional de salud sería una suerte de mecánico cuya técnica iría en miras de reparar el cuerpo, obviando todos los demás aspectos psicológicos, socioculturales y económicos que pueden estar influyendo cómo posibles causas de la enfermedad. Bajo esta lógica, la medicina pasa de ser un arte, cómo en la

- antigüedad y parte de la edad media, a convertirse en un saber técnico vinculado con cierta idea de cientificidad (objetividad).
4. Ejemplo el modelo biopsicosocial (1977), el cuál es un intento holístico comunitaria para entender la salud-enfermedad cómo un proceso complejo que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales.
 5. Según Annette Kerckhoff (2015) existen muchas maneras culturales e históricas de comprender el binomio salud-enfermedad; el paradigma biomédico es solo uno de ellos.
 6. Estas son las asignaturas con enfoque más humanista y social: Antropología, Historia de la medicina, Medicina y humanismo, y Sociología médica. Se hace la salvedad necesaria, de qué todas estas asignaturas eran obligatorias; por ende, no electivas o de relleno curricular, lo que implica que todos los estudiantes de medicina de la facultad tenían que cursarlas sin excepción.
 7. Aunque no en el mismo sentido, se toma esta idea conceptual de *mirada* de Michel Foucault (2004), el cuál consideraba que la *mirada* clínica había cambiado la manera de comprender la medicina en el siglo XVIII. De la manera que lo utilizamos aquí, vendría siendo una forma de comprender la medicina y la relación salud-enfermedad desde una manera más integral, holística, humanista y compleja.
 8. Se le aplicó la encuesta a un total de 100 estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Tecnológica Equinoccial, de las cuales solo 86 fueron utilizadas. Catorce tuvieron que ser eliminadas por ambigüedades en las respuestas.
 9. Los estudiantes de medicina encuestados habían cursado las siguientes asignaturas que están relacionadas con el paradigma biomédico: Morfofunción I, II, III y IV; Física médica; Biología celular y molecular; Microbiología; Bioquímica I y II; Genética; Patología general I y II; Inmunología; farmacología general; medicina integral I y II; y, habilidad y destreza: historial clínico.
 10. IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
 11. IECE: Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo y Becas.
 12. En relación a este punto, el sociólogo norteamericano William Cockerham (2002) sostiene que existen investigaciones que suponen diferencias de género algo significativas:

(...) determinaron que los médicos, hombres y mujeres tienen capacidades diagnósticas y terapéuticas parecidas; sin embargo, parece que existen diferencias en su estilo de comunicación: las mujeres suelen ser más empáticas e igualitarias en sus relaciones con los pacientes, más respetuosas con sus preocupaciones y más receptivas a las dificultades psicosociales. (Cockerham, 2002: 214-215).

Bibliografía

- Ascher, François, 2009, *Diario de un hipermoderno*, Madrid, Alianza Editorial.
- Blech, Jörg, 2009, *Los inventores de enfermedades: Cómo nos convierten en pacientes*, Barcelona, Ediciones Destinos.

- Canguilhem, Georges, 2004, *Escritos sobre la medicina*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Casallas, Ana Lucía, 2017, "La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional", En: *Revista Ciencias de la salud*, Vol.15, No.3, páginas: 397-408. Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Cockerham, William, 2002, *Sociología de la medicina*, Madrid, Pearson Educación.
- Coe, Rodney, 1984, *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza Editorial.
- Descartes, René, 2005, *Las pasiones del alma*, Madrid, Editorial EDAF.
- Durkheim, Émile, 2004, *Educación y sociología*, México D.F., Editorial Colofón.
- Entralgo, Pedro Lain, 1983, *La relación médico-enfermo*, Madrid, Revista de occidente editorial.
- Foucault, Michel, 2004, *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*, México D.F., Siglo veintiuno editores.
- Foucault, Michel, 2006, *La vida de los hombres infames*, Buenos Aires, Editorial Altamira.
- Giddens, Anthony, 2010, *Sociología*, Madrid, Alianza Editorial.
- Giddens, Anthony, 2000, *Un mundo desbocado: Los efectos de la globalización en nuestras vidas*, Madrid, Editorial Taurus.
- Illich, Iván, 2015, *Obras reunidas I*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Jalil Gibran, Gibran, 2001, *Los tesoros de la sabiduría*, Madrid, Editorial EDAF.
- Kerckhoff, Annette, 2015, *La enfermedad y la cura: Conceptos de una medicina diferente*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Kubler-Ross, Elizabeth 1972, *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo Editorial.
- La Rosa, Emilio, 2009, *La fabricación de nuevas patologías*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Macionis, John y Ken Plummer, 2011, *Sociología*, Madrid, Pearson Educación.
- Marx, Karl, 2005, *Manuscritos de economía y filosofía*, Madrid, Alianza Editorial.
- Mckeown, Thomas y C.R. Lowes, 2009, *Introducción a la medicina social*, México D.F., Siglo veintiuno editores.
- Pérez Tamayo, Ruy, 2003, *De la magia primitiva a la medicina moderna*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Russell, Bertrand, 2014, *Religión y ciencia*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Vicens, Jesús, 1995, *El valor de la salud: Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*, Madrid, Siglo veintiuno editores.

Carta Abierta al Gobierno panameno ante la posible apertura de la Mina Remance en Veraguas

Las comunidades campesinas y ambientales de Veraguas denunciamos las diligencias que se realizan en el Ministerio de Ambiente con miras en aprobar el estudio de impacto ambiental (EsIA) e iniciar operaciones de la Mina de oro Remance, por cuenta de la empresa Greenfield Resources, en el corregimiento de Remance, Distrito de San Francisco, Provincia de Veraguas. La concesion minera de esta empresa es de 2400 hectareas.

La minería en Remance ha fracasado en décadas pasadas; para las comunidades aledanas, para el ambiente y el Estado. Causo contaminación, estuvo carente de planes de contingencias y no hizo reparaciones, todo esto hasta el cierre de la minera por mala administración. Sus efectos negativos fueron cargados por la población campesina aledana.

Los ciudadanos y comunidades amenazadas por este tipo de proyectos son vulnerables; se arriesgan su integridad como pueblos, así como su seguridad hídrica y alimentaria, que son Derechos Humanos. Los ciudadanos y comunidades, colectivamente han presentado otras alternativas de economía acorde al equilibrio con los ecosistemas, como el turismo ecológico, cooperativismo rural y la producción agroecológica.

Las comunidades campesinas, organizaciones socioambientales y ciudadanía, reiteramos nuestro rechazo a los proyectos mineros como la Mina de Remance, Cerro Quema y demás concesiones en territorio nacional: rechazamos energicamente la terrible decisión del gobierno central de promover proyectos extractivos a sabiendas de la crisis ambiental.

El territorio nacional tiene una rica biodiversidad, culturas y soberanías comunitarias, que están amenazadas por la visión mercantil del gobierno, que quiere someter los bienes ecológicos a la industrialización de la minería metálica.

Llamamos al pueblo panameno a estar vigilante en este proceso y a apoyar a los veraguenses en su rechazo a la minería y su defensa de la naturaleza.

**Veraguas, 31 de enero de 2022.
Movimiento Panama Vale Mas Sin Minería MPVMSM**

Sigue la firma de 50 organizaciones populares.

TAREAS SOBRE LA MARCHA

LA INFLUENCIA DEL NEGRO EN EL HABITAT Y LA CULTURA EN EL ISTMO

Gersán Joseph Garzón*

Resumen: Los negros aportaron elementos culturales, pero también en las luchas sociales y la producción del hábitat, a pesar de que la historia oficial hace constantes esfuerzos para su invisibilización.

Palabras clave: Negro, hábitat, políticas de vivienda, luchas sociales

*Economista, profesor en la Facultad de Economía de la Universidad de Panamá.

Aportes y exclusión del negro

A lo largo de la historia latinoamericana podemos identificar diversos comportamientos que reflejan relaciones de poder que marginación a sectores de nuestra población. Esto se expresa desde la época colonial hasta la actualidad.

Contrario a la evidente procura de la invisibilización del aporte africano en América, este se hace vigente y perceptible en los diversos ámbitos de la sociedad, tanto en la gastronomía, la música, la cultura, las artes, la vivienda y el baile. Esto se instala en el imaginario colectivo del continente, especialmente en el área del Caribe, Centro y Sur América.

Es clara la influencia africana en las danzas folklóricas donde el ritmo dominante del tambor da el matiz africano a los bailarines con variada vestimenta. Los aportes del negro son evidentes en la música, la gastronomía, la cultura, el ritmo, el habla popular, y la sazón o chispa de la panameñidad, pero los aportes van más allá de los elementos ya citados. El negro panameño tuvo una participación significativa en las principales gestas patrióticas como las batallas bolivarianas, las acciones contestatarias del Arrabal, los enfrentamientos estudiantiles contra tropas norteamericanas y más recientemente, los bolsones de resistencia contra las tropas que invadieron el 20 de diciembre de 1989.

Llama la atención al observador sensible que la historia oficial pondera la figura de Vasco Núñez de Balboa, que la moneda nacional lleve su nombre y una retadora estatua se erige frente a la Bahía de Panamá; en tanto que los líderes del cimarronaje tienen un papel secundario en la historia oficial, no aparecen en moneda de cualquier denominación, pero perviven en el imaginario colectivo.

La razón es simple: solamente aquellos alucinados con la libertad, fundadores de palenques, quilombos, mocambos y otros espacios libertarios, hacen vibrar la fibra del sentimiento nacional. Esto quedó claro en la lucha nacionalista por la recuperación del Canal, donde se salvó para la memoria, los líderes históricos de nuestros afanes de libertad, dignidad y soberanía: Bayano, Felipillo, Antón

Mandinga, Urracá, José Domingo Espinar, Victoriano Lorenzo, entre otras figuras.

La situación del negro arrabalero expresa el sentimiento de rebeldía incorporándose a las gestas libertarias tanto en el siglo XIX como en los albores del siglo XX. Es por ello, que el barrio de Santa Ana, el Chorrillo, Calidonia, San Miguel, la Ciudad de Colón, entre otros, constituyeron bastiones de las luchas del movimiento social donde la presencia negra marca la diferencia en la tonalidad y fuerza de las reclamaciones.

Los negros contribuyeron significativamente en la construcción de obras valiosas en los siglos XIX y XX. Los inmigrantes de las islas del Caribe vinieron a trabajar en la construcción del ferrocarril de Panamá en 1850; la transnacional United Fruit Company encontró las condiciones para el cultivo y la exportación del banano, se estableció en la región de Bocas del Toro y Chiriquí en los años 1927 y 1928, donde había una presencia de asentamientos negros y le facilitaba el acceso a mano de obra para el cultivo de la fruta.

Otra contribución a las luchas sociales fue la participación en Huelga Inquilinaria que tuvo lugar por los altos precios de los cuartos de alquiler establecidos por la oligarquía rentista. Estas protestas tuvieron consecuencias para los antillanos, ya que muchos fueron deportados a sus países de origen.

Los antillanos contribuyeron trayendo ideas en diversas áreas, los coloridos autobuses, pintorescos y las populares chivas, autobuses pequeños que transportaban básicamente obreros del Canal de Panamá, en su mayoría afrodescendientes, fue conocida la ruta de El Chorrillo Calle 17 hacia Rio Abajo y Balboa. La ruta de chivas de El Chorrillo hacia Paitilla y Boca La Caja, todas pasaban del Barrio de El Chorrillo por la Avenida Ancón, hacia Calidonia y en ruta hacia Paitilla y Boca de La Caja.

Las casas de la arquitectura antillana eran de madera, frescas y generalmente se apoyaban en postes que las suspendían con la finalidad de evitar las inundaciones en áreas vulnerables de manglares como Juan Díaz, Parque Lefevre, El Marañón. En otras áreas también como El Chorrillo, Santa Ana, San Felipe, San Miguel, Rio Abajo, Parque Lefevre,

Pueblo Nuevo, Alcalde Díaz, Chilibre, entre otras comunidades. En la costa Atlántica, la Ciudad de Colón, Silver City (Rainbow City). En la llamada Zona del Canal, en barriadas para empleados del Silver Roll, como Cristóbal, Red Tank, Paraíso, La Boca, Culebra, Pedro Miguel y Gorgona. En la provincia de Bocas del Toro particularmente en su cabecera, Changuinola, Guabito y Almirante y en las fincas bananeras. En la provincia de Chiriquí, en la región de Barú, específicamente en la zona bananera de Puerto Armuelles, David y Puerto Pedregal.

Los afroantillanos y la arquitectura

Los obreros antillanos en muchos casos tuvieron que vivir en barracas para la construcción del Canal de Panamá, esto expresó el racismo de los norteamericanos con el Gold Rol y el Silver Rol, en el salario y las condiciones de la vivienda. Omar Jaén Suárez expresa algunos aspectos relevantes que conforman la situación de los trabajadores antillanos.

“...esta gran afluencia de trabajadores extranjeros y su división racial en grupos diferenciados se reflejará en un modo especial de ocupación del espacio tanto en la Zona del Canal de Panamá como en las ciudades terminales. El régimen de discriminación racial impuesto desde el principio por los norteamericanos entre sus empleados en la Zona del Canal se manifiesta en la localización espacial de las viviendas y de los servicios públicos. Para los empleados blancos se remodela el área de Balboa y se crea una ciudad jardín agradable, de baja densidad, con sus hospitales, tiendas, cines, servicios públicos esenciales, restaurantes, hoteles, clubes, escuelas, etc. Los trabajadores de color son relegados a barriadas segregadas, de tipo barraca de guarnición militar con sus restaurantes, escuelas, dispensarios de menor calidad y sus cuarteles de policía. Ese mismo concepto de urbanización habrá de continuar desarrollándose en la Zona del Canal después de haberse terminado los trabajos de construcción de la vía acuática intermarina”. (Jaén: 1979, 461-463)

Históricamente las ciudades de Panamá y Colón han sido los ejes dinámicos de la actividad transitista de Panamá, desde las ferias de Portobelo y el Camino de Cruces, pasando por la construcción del Ferrocarril y el Canal de Panamá y

su función de centro vital del transporte marítimo mundial. Estos espacios fueron lugar donde se alojaron las migraciones afroantillanas.

Las ciudades de Panamá y Colón no se encuentran preparadas para recibir la masa de trabajadores inmigrantes... Así se crearon nuevos barrios-dormitorios provisionales con sus casas de madera al estilo antillano en donde se alojará una población isleña que hace una estadía laboral, en principio temporal. Sin embargo, estos verdaderos *guettos* urbanos permanecerán después de la terminación de los trabajos del canal ocupados por la masa de trabajadores desocupados o semiocupados que no encuentran, ni en las plantaciones bananeras de Panamá o de Centro América, ni en sus países de origen, un futuro mejor que el sórdido hacinamiento al que se ven destinados en Panamá”. (Jaén:1979,463-464)

Las condiciones de vida de los afroantillanos en las barriadas ubicadas en las ciudades de Panamá y Colón eran deplorables y con hacinamiento. Se ubicaron en barrios obreros con casas de inquilinato construidas de madera con un solo servicio compartido por varias familias. Una mayoritaria población afrodescendiente, que moraban en los barrios como: El Chorrillo, con gran presencia de afroantillanos anglófonos y francófonos; El Maraón, barrio de trabajadores de Barbados, Martinica, Guadalupe, Jamaica entre otros; Calidonia, San Miguel, Río Abajo; Parque Lefevre, Juan Díaz, Chilibre, y algunos en las áreas de la Zona del Canal como: Balboa, La Boca, Red, Tank, Pedro Miguel, Paraíso; en Colón Rainbow City, entre otros.

La historiadora barbadense Velma Newton describe la motivación de la emigración antillana a Panamá y a otros lugares durante la segunda mitad del siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX:

1. Alto desempleo y subempleo por causa de la disminución de la industria azucarera.
2. Falta de otras oportunidades de trabajo.
3. Bajos salarios.
4. Presiones demográficas, especialmente el caso de Barbados. Estas mismas razones, con excepción de la

primera, se ha presentado como posibles causas que explican la emigración masiva de la región hacia Inglaterra, durante las décadas de 1950 y 1960. (Newton: 1987, 5-6)

El área metropolitana de la ciudad de Panamá revela un crecimiento vertiginoso y anormal en la distribución espacial de la población debido al efecto de atracción ejercido por la actividad de comercio y transporte, específicamente la actividad canalera y de comercio ubicada en las ciudades terminales de Panamá y Colón. Esto lo detectan los especuladores que se convierten en los arrendadores de viviendas, un lucrativo negocio, sin brindar las condiciones de habitabilidad y dignidad que merecían los arrendatarios para tener una vida más decorosa.

Fueron los tiempos que inspiraron la Poesía Cuartos de Demetrio Herrera Sevillano, que realizó una radiografía de las condiciones miserables en que vivía la población urbana pobre, caldo de cultivo del círculo vicioso de la pobreza y de la rebeldía histórica del Arrabal de Santa Ana, Malambo, El Chorrillo, El Marañón, San Miguel, Curundu, Guachapali, La Boca Town, Loma La Pava, Broklincito y Boca de La Caja.

En 1915 es inaugurada la nueva urbanización de La Exposición, barriada al servicio de personas de alto nivel económico, en 1925 toma un gran auge este sector residencial, lo mismo que La Cresta, Vista del Mar y Bella Vista, como asiento también de familias adineradas. También se desarrollan para estas fechas sectores como Matías Hernández, Juan Díaz, Río Abajo, Pueblo Nuevo, Vista Hermosa, Las Sabanas, Carrasquilla, etc, donde se alojan familias de medianos y bajos ingresos. Como no se tomó ninguna medida ante este crecimiento vertiginoso la improvisación de viviendas, los altos alquileres y las peores condiciones de habitabilidad colmaron a la ciudad, produciéndose una crisis de graves proporciones, la cual tuvo su fase culminante en 1925 y 1932 cuando ocurrieron violentas huelgas inquilinarias. (Gutierrez:1965)

De esta manera, la primera vez que el Gobierno del presidente Rodolfo Chiari, pide la intervención del ejército norteamericano fue en octubre de 1925 a consecuencia de haber rehusado los inquilinos de la ciudad de Panamá pagar

los alquileres excesivos cobrados por los dueños de casas. Producto de la falta de vivienda en el año 1932 se da la primera ocupación de terreno sin que hubiera contrato de arrendamiento. Esto se efectúa en un globo de dos hectáreas y quinientos metros cuadrados, se le conoció como “la Boca de la Caja”, debido a que los precaristas que allí se introdujeron habitaban en cajas de madera que presumiblemente, eran los embalajes de vehículos Ford de la época importados por la clase adinerada de Panamá.

La vivienda se convirtió en un grave problema para el grupo antillano. Esto llevó al surgimiento de casas espontáneas llamadas casas brujas, debido a su surgimiento de la noche a la mañana; su proliferación originó las llamadas barriadas espontáneas o barriadas brujas, desde La Boca de la Caja en el año 1932, Panamá Viejo, Cabo Verde, Curundú, Hollywood, Nuevo Veranillo, Brooklincito.

Programas y proyectos de viviendas estatales

En Panamá en los años setenta y los años ochenta se contó con diversos proyectos de viviendas. A partir de 1973 el Ministerio de Vivienda (MIVI), construye grandes edificios multifamiliares: Barraza en el año 1974 con 952 soluciones de vivienda; Tuira y Chucunaque en el año 1975.

También se construyeron proyectos multifamiliares combinados con vivienda como San Joaquín en el año 1975; Los Andes N°1 y N°2; Villa Lorena proyecto de propiedad horizontal para familias de bajos y medianos ingresos, se inauguró en 1976 con 780 apartamentos; en Villa Gabriela se construyeron 12 edificios de 480 apartamentos inaugurados en 1978; Torrijos Carter con 2,867 viviendas; Roberto Durán (Mano de Piedra) con 1737 viviendas; Cerro Batea, en el año 1978, hizo posible el traslado de aproximadamente quinientas (500) familias humildes que quedaron la barriada de emergencia conocida como Loma Fruta de la Pava; Barriada Don Bosco en la carretera Domingo Díaz hacia Tocumen; Santa Librada en 113 hectáreas se construyeron 2,304 viviendas; Patio Pinel en el barrio de Santa Ana inaugurado en el año 1977; los cinco multifamiliares de Cabo Verde cada uno consta de 70 habitaciones.

A partir de 1981 se desarrolla el Programa de Renovación Urbana. Este programa fue creado con la filosofía de que la gente que habitaba casas de vecindad en mal estado en los corregimientos de Santa Ana, El Chorrillo y Calidonia (San Miguel), Curundú, contaran con una vivienda bastante completa y con los servicios que la ciudad provee en su mismo ambiente.

Entre 1985-87 se impulsan los programas de lotes servidos como es el proyecto “Las Mañanitas” en Panamá, y el de viviendas comunitarias como Villa Luzmila en Colón y una serie de barracas en El Chorrillo, Santa Ana, Calidonia, Río Abajo y Curundú.

El Plan Chorrillo surge a raíz de que el barrio de El Chorrillo fue el mayormente afectado a raíz de la invasión norteamericana a Panamá en diciembre de 1989, específicamente las estructuras de inmuebles ubicados en las calles 25, 26 y 27.

En el año de 1990 el MIVI promueve el programa de Nuevos Asentamientos Organizados (NAOS), que se origina como respuesta a la proliferación de invasiones que se originan en los primeros meses de 1990, producto de la escasez de viviendas para personas de bajos recursos, tanto en el sector público como privado.

Según el MIVI, en Panamá, tradicionalmente no se ha logrado esbozar una política conjunta del esfuerzo público y privado que correspondan a la formalidad e informalidad de los ingresos y la capacidad del ahorro familiar mediante los programas PROFINCO, PARVIS y PROVISA.

PROFINCO constituyó el Programa de financiamiento conjunto como resultado del esfuerzo del Sector Público y la Empresa Privada dirigido a procurar de forma permanente y autosuficiente las necesidades de financiamiento para las familias de bajos ingresos a nivel nacional.

PARVIS fue el Programa de apoyo rápido para vivienda de interés social.

Este programa posibilitaba soluciones de vivienda para los sectores de población en situación de pobreza y pobreza extrema, a nivel nacional. Los beneficiarios elegibles eran las familias cuyos ingresos no superarán los B/300.00 al mes, dando prioridad a aquellos proyectos donde el ingreso promedio fuera menor de B/200.00 mensual.

El hábitat y el contexto socioeconómico

En la comprensión del problema de la vivienda en Panamá inciden diversos factores de índole económico, social, familiar, cultural, de planificación urbana, ordenamiento territorial, entre otros.

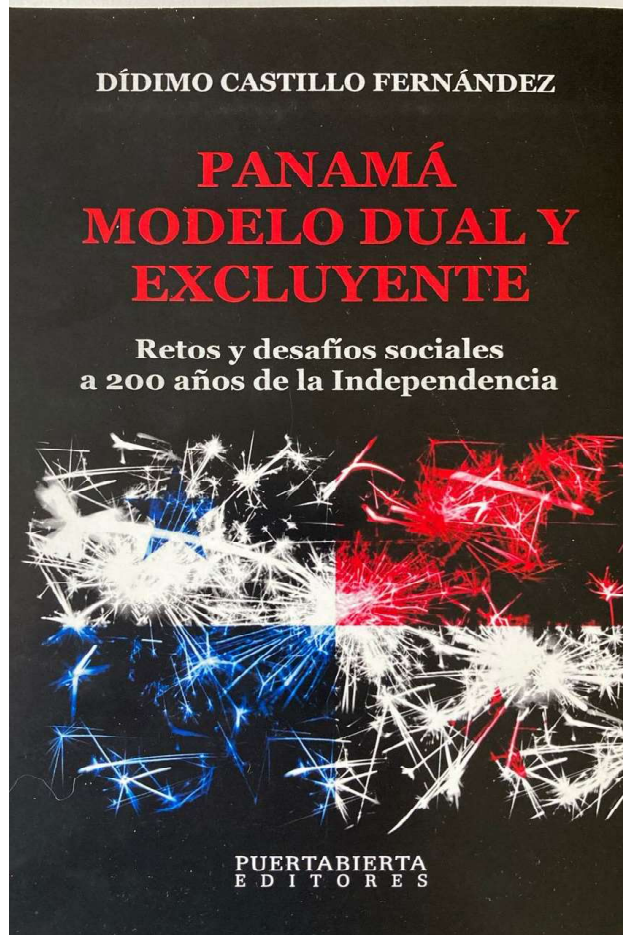
Un asentamiento humano requiere, como mínimo, de agua potable y adecuados mecanismos de disposición de excretas. La prevención del contagio de enfermedades requiere del suministro continuo del servicio de agua potable, la realidad es que el servicio se ha deteriorado, en muchos sectores del área metropolitana, Panamá Oeste, Panamá Este y San Miguelito. Además, la práctica de construir barriadas sin el diseño adecuado de tanques de reserva con capacidad para abastecer al número creciente de barriadas.

El saneamiento urbano inadecuado es uno de los factores más importantes en la degradación de las aguas y del deterioro de la calidad de vida. Es comprensible la clara tendencia a la concentración en las ciudades de Panamá, Panamá Norte, Colón, el área de Panamá Oeste y San Miguelito, donde la posibilidad de conseguir un empleo es mayor. No obstante, esto también genera diversos problemas urbanos, como la escasez de viviendas adecuadas y las dificultades de los servicios de agua, electricidad, recolección de la basura y el creciente deterioro de la convivencia comunitaria, resultado de factores socioeconómicos y demora en las respuestas del Estado a la situación de inseguridad, pobreza, desigualdad, perfilamiento racial, discriminación, delincuencia y tráfico de drogas.

Bibliografía

- Crouch, Edith, 2014, *Architecture of the Panama Canal Zone. Civic Residential Structures & Townsites*. Schiffer Publishing
- Gutiérrez, Samuel, 1965, *El problema de las barriadas brujas en Panamá*, Editado por el Instituto de Vivienda y Urbanismo.
- Jaén Suárez, Omar, 1979, *La población del Istmo de Panamá. Del siglo XVI al siglo XX*.
- Lowe, Melva de Goodin, 2012, *Afrodescendientes en el Istmo de Panamá. 1501-2012*.
- Newton, Velma, 1987, *Los hombres del Silver Roll. Migración antillana a Panamá 1850-1914*.
- MIPPE, *Proyectos habitacionales en Panamá. 1970-1980*, Panamá, s/f.
- Memorias del Ministerio de Vivienda: Varios años.

RESEÑAS



PANAMA MODELO DUAL Y EXCLUYENTE. RETOS Y DESAFIOS SOCIALES a 200 años de la Independencia

Azael Carrera Hernández*

Castillo Fernández, Dídimo, 2021, *Panamá modelo dual y excluyente. Retos y desafíos sociales a 200 años de la Independencia*, editorial: Puerta Abierta, 112p.

Dídimo Castillo Fernández es un sociólogo y demógrafo panameño radicado en la ciudad de México cuya trayectoria profesional la dedica al estudio del mercado laboral, a los cambios que experimentó el mundo del trabajo en el contexto de la globalización neoliberal y la relación entre modelo de desarrollo y los procesos demográficos. En el XVII Congreso Nacional de Sociología, celebrado del 9 al 12 de diciembre del

*Sociólogo, profesor en la Universidad de Panamá y Secretario Ejecutivo del CELA "Justo Arosemena".

2021, en la ciudad de Panamá, presentó su último libro titulado *Panamá modelo dual y excluyente. Retos y desafíos sociales a 200 años de la Independencia*.

Una de las características del método científico es la duda y el cuestionamiento a los saberes establecidos. Bunge asegura que el gusto, la autoridad, lo evidente (lo que parece aceptable a primera vista) y las verdades vitales, no deben ser tomados como criterios de verdad. Asegura que “el conocimiento científico es a veces desagradable, a menudo contradice a los clásicos, en ocasiones tortura el sentido común y humilla a la intuición”. Precisamente, estos es lo que hace Castillo, cuestiona planteamientos de los teóricos de las ciencias sociales panameñas como Hernán Porras, Castelleros Calvo y Marco Gandásegui y se arriesga, proponiendo nuevas interpretaciones a los datos empleados por estos clásicos.

El trabajo se fundamenta sobre algo ya conocido, pero lo interpreta de forma diferente. Propone que, desde el período colonial, el modelo de desarrollo dominante estuvo orientado a la explotación de los recursos relacionados con la posición geográfica generando una situación dual con respecto a lo social, económico y político. Por un lado, una zona de tránsito conectada a una economía global a través del sector servicio y con escaso desarrollo del sector industrial y agropecuario. Proceso dirigido por una clase rentista que depende de la captura del Estado para mantener su dominio. Por otro, una zona rural con poca conexión a esta dinámica caracterizada por un rezago de las relaciones capitalistas y con una débil clase latifundistas que no logra mantener un eje de acumulación sobre la base del agro y, por lo tanto, es imposible el surgimiento y consolidación de un proletariado campesino, así como ocurrió en otras regiones de América Latina. Esta dualidad explica en cierta medida algunos guarismos contradictorios que describen la formación social panameña: Crecimiento económico sostenido versus reducción de la participación de los salarios en el PIB nacional, salarios mínimos altos (en comparación con la región) vs tasas de informalidad que afectan a casi la mitad de su mercado laboral; índice de desarrollo medio alto vs altas tasas de desigualdades sociales. En otras palabras, un modelo de

desarrollo vulnerable que muestra signos de agotamiento y es dual territorial y socialmente.

Aunque lo anterior compagina en gran medida con lo que dirían los clásicos de las ciencias sociales panameñas, de las que el autor es un ávido estudioso, una lectura detenida nos permite encontrar cuestionamientos a sus planteamientos. Una de las primeras que salta a la vista es la tesis de la integración temprana del país a la dinámica globalizadora como producto de la posición geográfica y el rol que jugó el país en la expansión mercantil europea durante el período colonial, difundida por Castellero Calvo y Gandásegui quienes plantean que, en el siglo XVI, Panamá se convirtió en el centro de servicio y de mercancía más importante del continente. Para Castillo este tipo de planteamiento debe relativizarse por dos razones. La primera es que la función de tránsito y aceleración de la circulación del capital asignada no tuvo mayor impacto en las zonas del interior hasta muy entrado el siglo XX. Segundo, confunde la esfera de la circulación de la producción y la desliga de las relaciones de clases. La inserción del país en las relaciones de intercambio no implica su inclusión en un proceso de producción.

Castillo cuestiona la forma mecánica como se han interpretado las alianzas políticas que caracterizaron gran parte del siglo XIX. Según Porras, previo al proceso independentista, en la zona de tránsito existían un grupo blanco capitalino, que controlaba la explotación de los recursos de la posición geográfica, y el Arrabal santanero, integrado por una mezcla de “cholos” y esclavos domésticos. Las Sabanas del Interior la controlaban los blancos latifundistas y los blancos pequeños campesinos. Se generaron alianzas entre el blanco capitalino y la aristocracia latifundista y, al acercarse al siglo XX, ambos grupos se integraron; mientras que la otra estaba formada por el arrabal y el pequeño campesino de Azuero. No obstante, la primera es cuestionada por Castillo quien afirma que “la tendencia fue asumirse como dos grupos diferentes y, en algunas ocasiones opuestos”. Entiende el proceso de independencia en medio de las disputas entre la aristocracia latifundista y el grupo blanco capitalino. El hecho de que el 10 de noviembre, en Azuero, se declarara la independencia, mucho antes que la capital, y

que este acto fuera cuestionado por destacados miembros de la élite capitalina, refleja las contradicciones al interior de los dos grupos dominantes del país.

Otro de los temas polémicos que se encuentra en este trabajo es referido al surgimiento del torrijismo y lo que significó para la formación social panameña. Castillo lo concibe como un modelo tardío de Estado benefactor, que a diferencia de lo que ocurrió en otras regiones, donde era producto de las presiones de una clase obrera fuerte, en Panamá es promovido por el propio Estado que se colocó como intermediario entre la clase trabajadora y la burguesía rentista. Sumando, además, a sectores de la sociedad civil e integrando, por vez primera, el sector rural a la dinámica capitalista urbana. Sin embargo, en este aspecto no queda claro cómo un Estado capturado por una élite empresarial para mantener sus privilegios y beneficios, se transforma en un Estado benefactor con un nuevo pacto social. En otras palabras, ante una débil clase trabajadora organizada, debido en parte al tamaño del sector industrial, ¿Cuáles fueron los grupos sociales que presionaron para esta transformación?

Con este aporte, Castillo nos invita a reflexionar sobre los retos que presenta a los panameños este modelo de desarrollo dual, concentrador y excluyente, en la construcción de una sociedad inclusiva, integrada y que cierre la brecha de las desigualdades socio territoriales. Definitivamente para salvarlo, se requiere de una fuerza social que lo reoriente, busque nuevos ejes de acumulación y los explote, sosteniblemente, en beneficio de la colectividad.

PENSAMIENTO CRITICO: ENSAYO SOBRE FILOSOFIA DE LA LIBERACION Y DECOLONIALIDAD

Gabriel Herrera Salazar*

Abdiel Rodríguez Reyes, 2021, *Pensamiento Crítico: Ensayos sobre Filosofía de la Liberación y Decolonialidad*,

El libro *Pensamiento Crítico: Ensayos sobre Filosofía de la Liberación y Decolonialidad* escrito por Abdiel Rodríguez Reyes, está constituido por un conjunto de trabajos presentados en diferentes espacios académicos, enmarcados en un contexto de constantes diálogos con distintos públicos universitarios. En este libro el autor nos deja percibir su posición teórica en comunidades de intelectuales que trabajan en torno a la Filosofía de la Liberación de Enrique Dussel, así como del pensamiento de Frans Fanon y el Giro Decolonial, este último como momento necesario de la propia Filosofía de la Liberación.

Filósofo, miembro de la Asociación de Filosofía y Liberación (AFyL).

El libro es una ventana abierta que nos permite fenomenológicamente percibir los caminos abiertos por la Filosofía de la Liberación, son trabajos documentados y serios sobre los orígenes del Giro Decolonial, bien podría ser parte de la introducción al tema de la decolonialidad para todos aquellos que tienen interés sobre dicho tema. A lo largo de las páginas vamos a encontrar una interacción dinámica de diálogo con autores que han contribuido en la formulación del Giro Decolonial, como el peruano Aníbal Quijano, el argentino Walter Dignolo o los puertorriqueños Ramon Grosfoguel y Nelson Madonado-Torres, este último el primero en utilizar el término de “Giro Decolonial” de manera sistemática a mediados de la primera década del siglo XXI, después de varios encuentros en EEUU, América Latina y El Caribe.

El filósofo Abdiel como todo maestro tiene una manera muy clara de escribir y expresar sus pensamientos, nos deja vislumbrar por su reflexiones algo compartido por muchos, es decir, aquello que debemos entender por pensamiento crítico en este momento de crisis civilizatoria, donde la pandemia del Covid nos invita a reflexionar de manera emergente como en una vuelta de tuerca sobre temas centrales que ha señalado la Filosofía de la Liberación desde sus primeras formulaciones en la década de 1970, es decir, es un recordatorio para no olvidar lo fundamental de la crítica a sistemas humanos culturales e históricos como son la modernidad, el capitalismo y el neoliberalismo.

Para Abdiel desde los fundamentos de la Filosofía de la Liberación y la decolonialidad: “el pensamiento crítico para serlo debe implicar la transformación de lo contrario no sería tal”; con ello “un pensamiento crítico para la liberación supone el ejercicio de la política. Para la transformación no se puede presidir de ella. No rehúye del compromiso político e incluso partidista si es el caso. El pensamiento crítico también debe pasar por el proceso de descolonización, para no reproducir ideológicamente el eurocentrismo. En este sentido es imperativa la descolonización política y epistémica”.

Si bien el intelectual panameño reconoce en su libro que la Filosofía de la Liberación siembra la semilla de la decolonialidad, el punto de partida que utiliza es la crítica a

la colonialidad, con esto sitúa lo que se está entendiendo por pensamiento crítico, es una posición teórica válida y pertinente para los tiempos que estamos viviendo ante el derrumbe de paradigmas teóricos tradicionales. Es en el nivel de praxis política y epistémica donde enfoca la problemática principal del Giro Decolonial y deja en otro nivel la crítica de la Filosofía de la Liberación a la ontología moderna del *ser* de la filosofía eurocéntrica.

Algo que en lo personal nos llama la atención tanto en los teóricos fundadores de la Filosofía de la Liberación (no así en los trabajos que surgen a partir de 1992 o etapa madura) como en los intelectuales del Giro Decolonial, es la periodización histórica en la cual sitúan a finales del siglo XV el surgimiento de la praxis decolonial, es decir, en 1492, cuando surgen las contradicciones del encubrimiento de Abya Yala. Si bien esta periodización es fundamental para una historia decolonial del surgimiento de la modernidad más allá del eurocentrismo, también puede ser una limitante al no considerar a profundidad y con seriedad todo el proceso de larga duración de lo que implicó el descubrimiento de Abya Yala desde su origen hace 30,000 años AP. Situar el pensamiento crítico decolonial en el siglo XV es olvidar la historia antigua de los pueblos originarios de todo el continente ¿en todos esos años antes de 1492, no hubo pensamiento crítico o praxis de liberación?

Nelson Maldonado-Torres en la entrevista que publica Abdiel en la parte del apéndice lo dice de la siguiente manera: “El Giro Decolonial va acompañado de prácticas decoloniales, estas últimas siempre han existido; son un resistirse al orden impuesto desde 1492 con la llegada de los españoles al continente de Abya Yala”. El propio Abdiel lo toma como punto de inicio al escribir: “Creo que la práctica decolonial surgió de las propias contradicciones a partir del encubrimiento de América en 1492”.

Aquí ya nos es más clara la distinción de la Filosofía de la Liberación y la decolonialidad, ya que, mientras la primera crítica y pretende superar desde su marco categorial todo tipo de opresión en cualquier campo de acción práctica desde la víctima, la decolonialidad situada en un contexto histórico preciso hace un corte y toma como principio la colonización

ibérica acontecida a finales de 1492, año funesto para nuestros pueblos ancestrales de Abya Yala.

Mientras la Filosofía de la Liberación y su paradigma marcan la pauta a nivel general pluriversal abstracto, la decolonialidad está más en el terreno concreto de la praxis emancipatoria contra los poderes políticos con pretensiones imperialistas como el de la corona española hace cinco siglos o actualmente el norteamericano que atenta contra la vida a través de su poderío militar a naciones soberanas como las del América Latina. No olvidemos la resistencia histórica del pueblo cubano y el cerco comercial hasta nuestros días.

También sería importante señalar que no es lo mismo semánticamente lo denotado por los conceptos emancipación y liberación, ya que, al equipáralos como sinónimos muchas veces se hace de la liberación un momento de la emancipación, y con ello se diluye el sentido radical de lo que se entiende por liberación. Para Enrique Dussel el concepto emancipación es un producto de la razón moderna, es un aporte de la modernidad a la humanidad, sin embargo, para nosotros Filósofos de la Liberación, es inaceptable reducir la categoría exterioridad únicamente al ámbito interno de la modernidad, a la emancipación ontológica del ser, que no es capaz de ir más allá de la mismidad del yo moderno. La emancipación en la filosofía moderna y posmoderna es el concepto que más se aproxima a lo que nosotros desde una situación transmoderna conceptualizamos como liberación. La liberación para nosotros no es emancipación, sino algo más radical, exterioridad antropológica localizada más allá del ámbito claustrofóbico del ser de la totalidad ontológica; exterioridad ocupada por la víctima de un sistema opresor siempre en proceso de liberación hacia otro mundo pluriversal posible.

La modernidad es emancipación racional, salida de inmadurez por un esfuerzo de la razón crítica, análogamente también es justificación de una práctica irracional de violencia genocida, que es necesaria para destruir los obstáculos de su realización. La transmodernidad en cambio es liberación racional de radical criticidad; la liberación es praxis situada en el ámbito de la exterioridad más allá de

todo sistema de dominación; análogamente es una justificación racional de las luchas de liberación de las víctimas que conforman el bloque social de los oprimidos: el pueblo. En el paradigma de la liberación el Otro como alteridad antropológica irrumpe como víctima y rompe la totalidad para ir más allá del proyecto moderno; desde la condición transmoderna se hace evidente la violencia de la modernidad mostrando la fetichización o irracionalidad de su realización.

Estas reacciones compartidas son productos de aquello que provoca el pensamiento crítico que Abdiel nos comparte como parte de una comunidad de pensadores que buscan desde la crítica al orden vigente, ir caminando entre veredas no exploradas para transformar la realidad y construir un mundo donde quepan muchos mundos. Este ir más allá de la modernidad hacia un futuro transmoderno no es una ilusión pura de la razón, sino es ya una realidad aquí y ahora, que nos obliga éticamente a tomar acciones urgentes desde una mirada crítica que aprenda de la filosofía de los pueblos originarios de Abya Yala, porque desde ahí ya se vive la transmodernidad de manera silenciosa. Por ello el autor del libro que ahora comentamos escribe ante la crisis civilizatoria de nuestro tiempo: “Una de las características fundamentales del pensamiento crítico en *Abya Yala* es la transformación social y ecológica, que tiene como horizonte nuevas reglas para la convivencialidad [...] Esto supone el imperativo de asumir un compromiso distinto con la *Pachamama* (Madre Tierra) porque la racionalidad moderna y capitalista instrumentaliza la naturaleza. En cambio, desde las cosmovisiones de los pueblos aurorales es un ser viviente. ¿No debemos aprender de ellos o nuestro ego moderno no nos lo permite?”.



Estimados amigos de la revista *Tareas*:

Como ustedes saben, *Tareas* cumplió 60 años de publicación ininterrumpida el año 2020.

Desde sus inicios, Ricaurte Soler, su fundador, tuvo muchos problemas de carácter económico para producirla. Año tras año, la situación se ha ido poniendo más difícil. Por esta razón, en primer lugar, queremos agradecer a todos los patrocinadores y suscriptores que nos siguen apoyando fielmente.

Lamentablemente, esos recursos no alcanzan para cubrir los gastos de edición, impresión y distribución. Con gran esfuerzo tenemos convenios de canje con 80 revistas de ciencias sociales de varios países del mundo y la Sala de Estudios Latinoamericanos se surte de importantes revistas internacionales. Así mismo, *Tareas* llega a los centros y universidades de esas latitudes.

En segundo lugar, queremos solicitar, a los que aún no son patrocinadores ni suscriptores que lo hagan en beneficio de las ciencias sociales panameñas.

Se está caminando en la indización (ya lo estamos en REDALYC) para lograr una mayor visibilidad de la revista, lo que también significa recursos económicos para cumplir con los parámetros que exigen.

Todos los que intervenimos en el proceso de esta publicación les damos las gracias, anímense y ayúdenos.

Pueden llamar al teléfono 223-0028 o escribir a cela@salacela.net

Declaración ética

El Centro de Estudios Latinoamericanos, (CELA), “Justo Arosemena” vela por la transmisión de conocimiento científico riguroso. Trata de garantizar que los artículos publicados en la revista *Tareas* cumplan con los criterios que establece la “Comisión de Ética” de la Universidad de Panamá (UP). Todas las partes implicadas en el proceso de edición, editor, autores, miembros del comité editorial y evaluadores, deberán conocer esos criterios.

Comité editorial

- Se hace responsable de la decisión de publicar o no los artículos recibidos que deberán ser examinados sin tener en cuenta la raza, el sexo, la orientación sexual, la religión, la ciudadanía y el origen étnico de los autores.
- Se compromete a publicar las aclaraciones y disculpas necesarias de lo que considere conveniente. También a no publicar artículos sin el consentimiento de los autores.
- Garantiza la efectividad del proceso de evaluación, así como la confidencialidad y asegura que toda la dinámica se realice bajo el absoluto anonimato.
- Se compromete a respetar la integridad de los artículos y no realizar cambio de contenido sin el consentimiento de los autores.
- Se compromete a no publicar artículos plagiados, así como establecer los mecanismos necesarios que garanticen la autoría de los ensayos.

Los autores

- Deben hacerse responsables del contenido del artículo.
- En caso de que un artículo publicado contenga un error, los autores deberán comprometerse en informar al editor para que se introduzcan las correcciones oportunas.
- Garantizar que los artículos son originales y que no infringen el derecho de autor. En caso de coautoría, quien envíe el artículo deberá demostrar el consentimiento de todos los involucrados.

Los evaluadores

- Se comprometen a hacer una revisión objetiva, informada, crítica, constructiva e imparcial del artículo. La aceptación o el rechazo se basan únicamente en la relevancia del trabajo, su originalidad, el interés y el

cumplimiento de las normas de estilo y de contenido indicadas en los criterios editoriales que establece la revista *Tareas*.

- Deben garantizar que el proceso de revisión ocurra en la mayor brevedad posible y garantizar la calidad de éste.
- No compartir información de los artículos sin el consentimiento de la revista y de los autores.

Instrucciones para los autores

Tareas recibe artículos siempre que éstos se ajusten a la política editorial y a las normas de presentación de originales y que sean inéditos. Se espera que sean de preferencia resultados o avances de investigación en cualquier área de las ciencias sociales. También se aceptan ensayos sobre temas históricos y contemporáneos que se apoyen sólidamente en bibliografía especializada, análisis de coyuntura nacional o internacional que partan de aproximados académicos y/o entrevistas de interés para el campo de las ciencias sociales.

Los artículos recibidos serán sometidos a una evaluación que valorará la pertinencia temática, originalidad y calidad del texto. Si el resultado es positivo entrará en un proceso de arbitraje bajo el sistema de revisión por pares. Consiste en pasar cada artículo por el filtro de al menos dos revisores académicos y anónimos. En caso de discrepancia, se enviará a un tercer revisor, cuyo criterio definirá su publicación. Los resultados serán inapelables en todos los casos.

El Comité editorial de *Tareas* se reserva el derecho último de decidir sobre la publicación de los artículos, el número y la sección en que aparecerán, así como el derecho de hacer correcciones menores de estilo.

Se entiende que el autor cede sus derechos patrimoniales de los artículos que le sean publicados para que la revista pueda publicarlos en formatos físicos y/o electrónicos, incluido Internet.

Los artículos se deben enviar vía correo electrónico a la siguiente dirección: cela@salacela.net

Formato del documento

Los artículos deben estar escritos en formato Word, en letra *Bookman Old Style*, tamaño 10, interlineado sencillo, paginado, en papel tamaño carta. Las notas deben ir al final del artículo, antes de la bibliografía, en letra *Bookman Old Style*, tamaño 8 e interlineado

sencillo. Deben iniciar con el número 1. El asterisco se usará para el título, si es necesaria alguna referencia, y para los datos del autor, que irán al pie de la primera página. La extensión máxima de los artículos es de 7.400 palabras o 47.000 caracteres con espacios, incluyendo las notas al pie y la bibliografía.

Las citas textuales que sobrepasen los tres renglones deben colocarse en formato de cita larga, letra tamaño 9, con un margen izquierdo de dos centímetros (media pulgada).

La bibliografía deberá presentarse en el siguiente orden: Apellido y nombre del autor, año de la publicación, nombre del artículo entre comillas, nombre de la revista o libro en cursiva, nombre de la editorial y ciudad de publicación. Todo separado por comas.

Las referencias bibliográficas se indicarán en el texto, al final del párrafo correspondiente, de la siguiente manera: entre paréntesis, con apellido del autor, año de la edición, y página/s citada/s si corresponde.

Se debe incluir un resumen de 90 palabras y aportar cinco

Comité editorial de la revista *Tareas*:

Por este medio certifico que el artículo (nombre) enviado para su posible publicación, es original, inédito y no está siendo postulado para su publicación en ningún otro medio. Además, cumple con los requisitos editoriales de la revista.

**Revista indizada en REDALYC y
LATINDEX**