

# SOCIÉTÉS, CRISES ET SANTÉ PUBLIQUE

en Europe, en Amérique Latine  
et dans les Caraïbes



Retour sur le colloque  
IDA - EU-LAC - AFD 2021

**SOUS LA DIRECTION DE**  
**ANNE PEGGY HELLEQUIN**  
**MADY MALHEIROS BARBEITAS**

# Sociétés, crises et santé publique

en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes

Sous la direction de

**Anne Peggy Hellequin**  
**Mady Malheiros Barbeitas**

Retour sur le colloque  
IDA - EU-LAC - AFD 2021

Illustration de couverture :  
Aliénor Ouvrard

Conception graphique (couverture & intérieur)  
et édition :  
Mady Malheiros Barbeitas et Juliette de Gouberville

© Institut des Amériques, 2022

ISBN 978-2-9582494-0-3

Institut des Amériques  
Campus Condorcet  
5, cours des Humanités  
93322 Aubervilliers Cedex

Anne Peggy Hellequin et Mady Malheiros Barbeitas (dir.), *Sociétés, crises et santé publique en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes*, Paris, Institut des Amériques/ Agence française de développement/Fondation EU-LAC, 2022.

L'élaboration de ce document a été dirigée par Anne Peggy Hellequin, professeure de géographie à l'Université de Paris Nanterre et responsable de l'atelier Santé, enjeux sanitaires et territoire du LADYSS (UMR 7533), avec Mady Malheiros Barbeitas, vétérinaire et docteure en santé et sciences sociales, chercheuse associée au Cermes 3, UMR CNRS 8211 - Unité Inserm 988.

L'ouvrage a été réalisé avec l'appui de Paul-Henri Giraud et Sarah Fleury.

Nous tenons particulièrement à en remercier les auteur·e·s et participant·e·s : Alexis Le Quinio, Egidio Luis Motti, Luisa Basilia Iñiguez Rojas, Yeli Víquez Rodríguez, Miguel Ángel González Block, Vera Chiodi, Alberto Arenas de Mesa, Merike Blofield, Anna Barrera Vivero, Alicia Márquez Murrieta, Natalia Pasternak, Patricia Laczynski, Francisco A. Rossi Buenaventura et Áine Markhan.

L'impression a été rendue possible grâce au soutien de l'Institut des Amériques, du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, de l'Agence française de développement et de la Fondation EU-LAC.

Cette publication doit être citée comme suit :

Anne Peggy Hellequin et Mady Malheiros Barbeitas (dir.), *Sociétés, crises et santé publique en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes*, Paris, Institut des Amériques/ Agence française de développement/Fondation EU-LAC, 2021.

*Les textes publiés dans la présente édition n'engagent que leurs auteur·e·s et non l'ensemble des institutions partenaires et des participant·e·s.*

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	13
---------------------------	----

Anne Peggy Hellequin

## **Partie I**

### **DÉCISION PUBLIQUE ET SYSTÈMES DE SANTÉ: ENTRE RÉSILIENCE ET INNOVATION**

#### **1. Introduction**

Alexis Le Quinio .....	23
------------------------	----

#### **2. Le Covid-19 : les fondements des choix politiques ou le système de santé n'explique pas tout**

Egidio Luis Miotti (synthèse réalisée par Mady Malheiros Barbeitas et Anne Peggy Hellequin) .....	31
--	----

#### **3. La pandemia del COVID-19. Reflexiones sobre la gestión compartida en el contexto cubano**

Luisa Basilia Iñiguez Rodriguez .....	35
---------------------------------------	----

#### **4. La organización de la respuesta al Covid-19 en Costa Rica**

Yeli Víquez Rodríguez (síntesis realizada por Mady Malheiros Barbeitas) .....	71
--	----

#### **5. Grandes retos y oportunidades del sistema de**

<b>salud en México hacia la cobertura universal</b>	
Miguel Ángel González Block .....	79

<b>Encadré 1:</b> Stéphanie Seydoux.....	99
--	----

## **Partie II**

### **DES INÉGALITÉS RÉVÉLÉES PAR LA CRISE SANITAIRE?**

#### **6. Introduction**

Vera Chiodi .....	105
-------------------	-----

#### **7. América Latina y el Caribe: el impacto de la pandemia del Covid-19 y la necesidad de construir Estados de Bienestar**

Alberto Arenas de Mesa (síntesis realizada por Mady Malheiros Barbeitas y Anne Peggy Hellequin) .....	113
---	-----

#### **8. Responding to the Covid-19 social crisis: cash transfer in Latin America**

Merike Blofield ( summary by Mady Malheiros Barbeitas) .....	119
--	-----

#### **9. Desigualdades de género reveladas por la pandemia y aquellas que afectan a las personas con capacidades diferentes en América Latina y el Caribe**

Anna Barrera Vivero .....	125
---------------------------	-----

<b>Encadré 2:</b> Quiterie Pincent.....	143
---	-----

<b>Encadré 3:</b> Yazdan Yazdanpanah.....	144
---	-----

## **Partie III**

### **QUELLE PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ?**

#### **10. Introducción: Algunos rasgos para pensar el qué hacer de las organizaciones y las redes de organizaciones de la sociedad civil**

Alicia Márquez Murrieta .....	149
-------------------------------	-----

#### **11. Science-based public policies: bridging the gap between academia and policy makers**

Natalia Pasternak .....	169
-------------------------	-----

#### **12. Covid-19 en Brasil: iniciativas innovadoras de la sociedad civil en la ciudad de São Paulo**

Patrícia Laczynski .....	187
--------------------------	-----

#### **13. Participación de la sociedad civil en las políticas públicas en salud. Reflexiones desde la experiencia de la sociedad civil colombiana en la pandemia**

Francisco Rossi Buenaventura y Claudia Vargas Peláez .....	203
--	-----

**14. MSF experience in working with communities in collaborative, participatory organised action during COVID-19**

Áine Markham & Chrysafo Arvaniti ..... 225

**Recuadro 4:** Andrea Costafreda..... 251

**Conclusion** ..... 255

Mady Malheiros Barbeitas

**Annexes**

**Présentation des auteur·e·s de l'ouvrage** ..... 261

## INTRODUCTION

### ANNE PEGGY HELLEQUIN

Professeure en géographie, LADYSS Université Paris Nanterre

#### *De la coordination scientifique et en guise d'introduction*

Alors que se finalise en 2022, l'ouvrage issu du colloque « Sociétés, crises et santé publique en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes » qui s'est tenu en 2021, il m'est important de préciser quelques éléments qui ont permis la réunion virtuelle d'une vingtaine de personnalités présentant leurs points de vue sur la question de la pandémie et de ses effets en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes, devant un public, lui aussi à distance, de plus de deux cent personnes réparties sur trois continents. Le choix du thème du colloque annuel, depuis 2012, revient à l'Institut des Amériques, le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, la Fondation EU-LAC, et depuis 2017, avec l'Agence Française pour le Développement. Ensemble, avec l'aide d'une coordination scientifique, les partenaires organisent un événement rassemblant des scientifiques, des praticiens, des élus qui interviennent en Europe et dans le monde latino-américain et caribéen. Le grand intérêt de cette manifestation tient en effet dans la diversité

attendue de ses participants. Celle-ci doit être lue en termes de position professionnelle des intervenants mais aussi des pays représentés, et des approches scientifiques ou interventionnelles présentées. Ainsi se sont construites, en 2021, les table-rondes permettant d'éclairer la question de la pandémie en croisant les regards sur l'action en santé face à la crise, et que se côtoient l'analyse académique, la parole des collectivités territoriales, celle de responsables de santé publique et d'associations citoyennes. Trois thématiques principales ont été choisies avec l'objectif d'ouvrir de larges débats : en premier lieu, la question de la décision en santé publique en contexte de crise dans des pays dont l'organisation politique était variée a été débattue, montrant les choix politiques qui se sont plus ou moins adaptés en fonction des systèmes de santé et de configurations plus globales des sociétés nationales. Dans un second temps, comme dans la plupart des pays du monde, la pandémie a eu un effet déflagrateur sur les inégalités sociales et de santé préexistantes, celles-ci ont été exacerbées et d'autres peut-être un peu masquées ont éclaté encore plus fortement. Enfin, dans un troisième temps, à rebours des États parfois dépassés par la gestion de la crise, face à des inégalités insupportables, la participation de la société civile a été envisagée.

Une première table-ronde a donc été organisée autour de la décision publique et des systèmes de santé. En effet, historiquement, les considérations de salubrité et d'hygiène dans les territoires sont devenues progressivement une affaire publique, le plus souvent locale, puis nationale. Devenue régalienn

publique a été organisée dans le cadre d'un système politique plus ou moins centralisé, plus ou moins fédéral. Face à la crise sanitaire, les décisions ont été donc étatiques ou bien à l'échelle des Provinces, des Lander ou des Estados (Mexique). Dans cette table-ronde, à partir d'une rapide présentation des systèmes de santé et de leur organisation, les apports de quatre pays et des difficultés qu'ils ont rencontrées ont été présentés. La table-ronde a été animée par Alexis Le Quinio (Professeur de Droit Public à l'université de Limoges). Egidio Luis Miotti (Université de Sorbonne Paris Nord) a montré d'abord qu'en plus de l'état du système de santé, la décision publique, notamment de confinement, devait se lire à l'aune plus généralement de la situation de l'emploi, de la cohésion sociale et de la confiance des citoyens dans l'action publique. Les interventions de Luisa Iñiguez Rojas et Claribel Gómez Vasallo (Université de La Havane) ont montré, elles, comment à Cuba, dans un pays centralisé, et où la santé est une priorité nationale, les décisions prises d'abord par le Conseil de Défense National ont été déclinées par les instances territoriales et municipales, adoptées par les cubains dans un contexte de mesures assez fortes de confinement et d'isolement illustrant de fait une nouvelle décentralisation. Yeli Víquez Rodríguez (Ministère de la Santé) a présenté pour le Costa Rica une organisation descendante et qui est organisée autour de l'idée de la santé comme une « production sociale » qui peut, ou doit, se développer à l'échelle locale, au plus proche des différentes ressources territoriales. Enfin au Mexique, selon Miguel Ángel Gonzáles Block, (EVISYS et



Instituto Nacional de Salud Pública, Mexique), dans le contexte de décentralisation du pays, la santé reste une compétence régaliennne partagée avec les états mais les systèmes de santé sont extrêmement segmentés selon le statut de l'emploi, et laissent une part importante des mexicains à l'écart de toute protection, du fait d'une gouvernance complexe entre les différents systèmes. Ainsi, dans chacun des pays, centralisé ou fédéral, le local est apparu le plus souvent comme l'échelle favorable à une mise en œuvre efficace de la santé publique, qui repose cependant sur un cadre réglementaire et constitutionnel favorisant un droit à la santé pour toutes et tous.

La seconde table-ronde portait sur une nouvelle économie de la santé et sur les inégalités face à la crise. La pandémie a révélé et souvent aggravé, en 2020 et 2021, les inégalités de santé dans les sociétés européennes et latino-américaines et des Caraïbes. Elles sont liées aux inégalités des états de santé, dans l'offre de soins ou de protection sociale, dans les conditions de logements, l'accès à l'emploi et même l'accès à l'éducation. Elles se lisent aussi en fonction du genre, de l'âge ou de la place du pays dans la recherche scientifique. Dans cette table-ronde animée par Vera Chiodi (Maîtresse de conférences en économie à l'Université de la Sorbonne Nouvelle), dans des pays marqués par les inégalités structurelles, Alberto Arenas de Mesa (CEPAL) a montré comment les plus vulnérables ont été particulièrement touchés par la pandémie en regard de la part importante du travail informel qui en disparaissant avec les confinements a touché particulièrement les femmes, et par ailleurs

les étudiants et les élèves qui n'avaient pas tous accès à l'enseignement en ligne. Merike Blofield (Université de Hambourg) a souligné aussi que les enfants ont été particulièrement affectés, notamment dans les pays où les aides monétaires pour les familles sans revenus n'ont pas été distribuées. Pour Anna Barrera Vivero (Fondation EU-LAC), les femmes ont été plus exposées aussi au virus car très présentes dans le médico-social et les emplois essentiels. Pour elle, la conséquence pour les femmes, la plus dévastatrice peut-être, est aussi la forte hausse des violences conjugales. Les personnes en situation de handicap ont été aussi particulièrement affectés par les mesures de confinement et de quarantaine alors que le télétravail n'était pas toujours possible. Il s'avère alors indispensable que les personnes vulnérables puissent plus encore être associées à la prise de décision. Enfin, Yazdan Yazdanpanah (Directeur de l'ANRS-maladies infectieuses) a souligné que ces inégalités doivent aussi se lire à l'échelle mondiale et du financement de la recherche. Ces inégalités différenciées selon les individus, selon les territoires, mettent en évidence l'importance d'un nouveau pacte social à construire.

Si ce dernier reste à élaborer, la crise a permis de montrer, en direct, comment la société civile dans ses différentes composantes (associations internationales, associations locales, scientifiques, collectifs ou simple citoyen...) a participé à la résolution des difficultés rencontrées. Sans aucun doute, le nouveau pacte social pour construire un monde après la pandémie peut se reposer sur ces multiples participations.

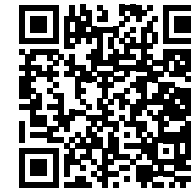
Déjà engagée dans d'autres domaines de la santé, dans l'accès aux soins ou aux médicaments par exemple, la société civile a participé à la gestion de la pandémie. Cette table ronde animée par Alicia Márquez Murrieta (Professeure de sociologie à Institut José María Luis Mora, Mexico), a proposé de réfléchir aux différentes formes d'organisations de la société civile qui interviennent dans l'espace public et ont joué un rôle dynamique face à la pandémie. Elles sont pourtant différentes, relèvent de collectifs citoyens nés pendant la pandémie comme à São Paulo (Patricia Laczynski de l'Université fédérale de São Paulo), d'organisations engagées dans l'accès aux médicaments comme la fondation IFARMA en Colombie pour qui les inégalités ne se réduisent pas à l'accès aux soins mais aussi dans une propriété intellectuelle stricte qui n'autorise pas la production mondiale et solidaire de vaccins et donc l'éviction des plus vulnérables de la protection vaccinale (Francisco A. Rossi Buenaventura de la Fondation IFARMA). Parmi ces organisations de la société civile, de grandes associations internationales ont aussi joué un rôle important intervenant dans plusieurs dizaines de pays comme MSF ou Oxfam en participant activement aussi à la prévention (Áine Markham et Chrysafo Arvaniti, pour MSF ; Andrea Costafreda pour Oxfam). Enfin, comme l'a montré Natalia Pasternak (Instituto Questão de Ciência), les scientifiques ont aussi eu un rôle à jouer. Dans l'ensemble, ils ont participé à l'aide à la décision politique, les gouvernements, la plupart du temps sans éducation scientifique importante, ont tenté de construire une politique

publique fondée sur une médecine conventionnelle laissant peu de place, ou trop ouverte au contraire aux médecines alternatives, selon les pays et la place de la science dans chacune des sociétés nationales.

Ces trois table-rondes donnent une vision forcément partielle de la réalité de la pandémie de 2020-2021. Ainsi si la décision politique dans une des compétences régaliennes de l'État s'est déroulée beaucoup à l'échelle locale, si les inégalités se sont aggravées, les sociétés civiles ont montré des capacités de résistances à la crise. Autour de ces trois éléments, et notamment dans les pays inégalitaires, la question se pose des leçons à retenir de la pandémie.

*Ce colloque et cet ouvrage, n'auraient pu être réalisés sans le soutien constant de Paul Henri Giraud et Robert Boyer pour la coordination scientifique, de Virginie Aron, de Mady Malheiros Barbeitas, de Maïtena Larrecq et de Juliette Serafini de l'Institut des Amériques, qu'ils en soient toutes et tous sincèrement remerciés.*

**PARTIE I**  
**Décision publique et systèmes  
de santé: entre résilience et innovation**



*Revivez le séminaire  
en ligne!*

***Sous la coordination  
d'Alexis Le Quinio***

# 1. Introduction

## ALEXIS LE QUINIO

Professeur de droit public à l'Université de Limoges (Observatoire des mutations institutionnelles et juridiques)

La pandémie qui a débuté en Chine à la fin de l'année 2019 a causé des dégâts humains, économiques et sociaux très graves à travers le monde. Elle a eu des répercussions importantes sur les États et leurs systèmes juridiques. Les États ont été affectés dans leur fonctionnement et dans l'exercice de leurs activités régaliennes (travail législatif, maintien de l'ordre public, fonctionnement de la justice, etc.) Cette pandémie a notamment exercé une pression considérable sur les systèmes de santé qui a obligé les gouvernants à adapter voire à repenser les modalités d'action des pouvoirs publics et, de facto, les processus de prise de décision publique.

Certaines réactions étaient prévisibles, à l'image de la centralisation de la prise de décision. En effet, en cas de crise et ce, quelle qu'en soit l'origine, la prise de décision s'inscrit davantage dans la verticalité, dans un souci d'efficacité et de célérité de l'action publique. C'est particulièrement le cas pour une crise d'une telle ampleur qui affecte la santé des individus, les décisions doivent être prises rapidement en laissant moins de temps aux discussions et aux délibérations qui constituent pourtant le cœur de la

prise de décision dans les sociétés démocratiques.

Indépendamment de cette relative relégation du processus délibérant, l'une des principales difficultés à laquelle sont confrontés les États dans la gestion de la crise réside dans le décalage existant entre la centralisation de la prise de décision et la concrétisation de cette dernière en actions qui ne peuvent, dans la majorité des cas, être effectuées qu'au niveau local. L'organisation territoriale de l'État revêt ainsi une importance cruciale.

Les États d'Amérique latine et des Caraïbes ont été particulièrement touchés – et le sont toujours – par cette crise. Cette région partage avec l'Europe centrale et orientale les taux les plus importants si l'on rapporte le nombre de morts du Covid-19 à la population du pays, sachant en outre que le Brésil et le Mexique figurent respectivement à la deuxième et à la quatrième place au nombre total de décès.

Le taux de contagion est également très important, soulignant les déséquilibres des systèmes économiques de cette aire géographique qui empêchent une partie de la population de bénéficier et de mettre en œuvre les mesures adéquates. La situation a également mis en évidence une des conséquences de ces difficultés économiques : les investissements sont depuis longtemps insuffisants dans le domaine de la santé.

Les systèmes de santé de la plupart des pays de la région ont une capacité considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE, avec des dépenses de santé plus faibles, moins de lits et de professionnels de santé, et des systèmes de surveillance et de suivi

des maladies plus faibles. Par exemple, alors que le Mexique, le Costa Rica, la Colombie et le Chili ont un maximum de 2,1 lits pour 1 000 habitants, la moyenne de l'OCDE est de 4,7 (OECD/The World Bank, 2020). Comme l'a rappelé Carrissa F. Etienne, la directrice de l'Organisation Panaméricaine de la Santé dans un point de presse donné à Washington le 10 novembre 2021 : « le sous-investissement chronique a rendu les Amériques vulnérables à la Covid-19 ».

En outre, l'insuffisance de protection sociale – accompagnée par la carence des systèmes d'assurance maladie et le coût prohibitif des assurances privées – a obligé les travailleurs les plus pauvres à se déplacer pour se rendre sur leur lieu d'emploi, au mépris des règles de distanciation sociale, voire de quarantaine. D'autant que les mesures sanitaires les plus élémentaires n'ont pas nécessairement pu être mises en œuvre en l'absence de masques, de gel hydroalcoolique, particulièrement dans des zones où la majorité de la population n'a même pas accès aux services d'assainissement de base.

Une autre circonstance expliquant les difficultés particulières dans la région tient au manque de capacités locales de production des matériels et produits nécessaires pour faire face à une telle situation, cet obstacle étant renforcé par la fermeture des frontières et l'augmentation de la demande mondiale qui ont enrayé les exportations à destination de l'Amérique latine.

Ces éléments expliquent l'impact de la pandémie dans une zone qui, si elle comporte moins de 10 % de la population mondiale, représente

près de 20 % des malades et 30 % des morts du Covid-19. Evidemment, des disparités préexistaient sur le continent, et les pays qui présentaient les plus gros investissements dans le domaine de la santé, à l'image de l'Uruguay, ont pu faire face à la pandémie dans de meilleures conditions.

La pandémie a généré, pour les pouvoirs publics, une situation d'incertitude suscitant des décisions variées selon les États, tant du point de vue politique, social, qu'économique (Martí i Puig & Alcántara Sáez, 2020). De nombreuses mesures ont été adoptées pour essayer d'enrayer la progression de l'épidémie (état d'urgence, quarantaine, couvre-feux) ou y faire face (augmentation de la capacité d'accueil des établissements hospitaliers, surveillance épidémiologique).

Les gouvernements ont adopté des mesures pour contrôler la distanciation sociale en fonction des niveaux des zones infectées (Chili, Équateur, Guatemala) et des couvre-feux pendant la semaine ou le week-end (République dominicaine, Honduras). Les pouvoirs publics ont également cherché, dans la mesure du possible, à accroître la capacité de leurs systèmes de santé afin de faciliter l'accès des citoyens aux soins. Parmi les mesures adoptées figurent la construction d'hôpitaux d'urgence (Argentine), la mise à disposition de lits supplémentaires dans les unités de soins intensifs (Colombie, Pérou) ainsi que la formation de professionnels de la santé pour fournir des services dans les unités de soins intensifs (Brésil, Chili) (OECD, 2020).

Certains gouvernements ont conclu des

accords avec des cliniques privées pour augmenter immédiatement le nombre de lits disponibles. Le Pérou, par exemple, a donné à ces dernières 48 heures pour parvenir à un accord sur les prix établis qu'elles factureraient à l'État pour la prise en charge des patients Covid-19 qui n'ont pas d'assurance (OECD, 2020).

Au regard des moyens dont bénéficient les pays d'Amérique latine dans le domaine de la santé, la plupart d'entre eux ont déclaré rapidement l'état d'urgence et ont mis en place un système de quarantaine. L'organisation territoriale de l'État n'a pas été sans conséquences, le Brésil (indépendamment de la politique délétère menée par son chef de l'État) comme l'Argentine, ont connu une mise en œuvre plus lente puisqu'il a fallu attendre les décisions des États fédérés pour commencer à agir.

À quelques exceptions près, la plupart des pays de la région ont pris des décisions plus radicales et plus rapidement que dans l'Union européenne ou aux États-Unis. Il s'agit d'un élément clé pour ralentir la propagation du coronavirus et ainsi gagner du temps pour éviter l'effondrement de services de santé gravement inefficaces. Mais cela ne garantit pas le succès.

Confrontés à ces difficultés systémiques, dans la majorité des pays latino-américains, les gouvernants, dépassés par la situation, ont opté pour des mesures restrictives – notamment dans les services publics de l'éducation ou de la santé – sur des périodes très longues, avec toutes les conséquences que cela peut avoir : déscolarisation de millions d'enfants

(principalement issus de milieux défavorisés), report d'opérations, suspension de campagnes de dépistage, de vaccination, etc. Ainsi, la crise a affecté les systèmes hospitaliers, mais également la chaîne des soins primaires et de proximité.

Au regard de l'impact très important de la pandémie sur les économies de pays connaissant déjà des difficultés récurrentes et dont une partie de la population est confrontée à une forte vulnérabilité, les gouvernements ont été contraints de rouvrir leurs économies et d'assouplir progressivement leurs plans de verrouillage, malgré les risques sanitaires encourus.

Cette crise sanitaire ne manque pas d'interroger le fonctionnement de nos sociétés et des pouvoirs publics quant à la capacité de ces derniers à mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués, particulièrement au niveau local.

L'action publique ne pouvait concentrer tous ses efforts uniquement sur le virus et les établissements hospitaliers, ce qui impliquait l'établissement d'une stratégie globale pour répondre aux besoins de santé physique et mentale et aux besoins sociaux de toutes les populations. Il ne suffisait pas aux institutions existantes de faire preuve de résilience, il convenait également de faire preuve d'innovation avec, par exemple, la création de centres de soins pluridisciplinaires ou l'extension de programmes de soins à domicile pour alléger la pression sur le système hospitalier.

S'il est délicat de dresser un bilan comparatif complet de l'efficacité des mesures retenues, les différentes contributions qui vont suivre insistent sur

les difficultés liées à la territorialisation des réponses. Dans une perspective internationale, il apparaît paradoxal de constater que la prise de décision s'est effectuée essentiellement au niveau national alors que la pandémie appelait, par sa nature même, à des approches globales. Dans une perspective nationale, il est intéressant de confronter les processus décisionnels dans un État unitaire (Cuba) afin d'observer la manière dont – à partir de décisions nationales – la prévention a pu être organisée dans les territoires, les villes et les quartiers (texte de Luisa Basilia Iñiguez Rojas) et dans un État fédéral (Mexique) en identifiant les relations, parfois compliquées, entre les différents échelons du système politique par rapport à la pandémie (texte de Miguel Angel Gonzalez Block).

### **Bibliographie :**

S. Martí i Puig, M. Alcántara Sáez (coord.) (2020), Política y crisis en América Latina. Reacción e impacto frente a la covid-19, Madrid, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales.

OECD, 2020, COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis, Paris.

OECD/The World bank, 2020, Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020, Paris.

## **2. Le Covid-19 : les fondements des choix politiques...ou le système de santé n'explique pas tout**

**EGIDIO LUIS MIOTTI**

Economiste et maître de conférences au Centre d'Economie de l'Université Sorbonne Paris Nord (CEPN)

*Synthèse réalisée par Mady Maheiros Barbeitas et Anne Peggy Hellequin*

### **Introduction**

Dans un contexte de profusion d'informations sur la pandémie et sur son évolution, sur les choix politiques qui ont été faits, comment réfléchir à ces derniers en prenant de la distance et en menant une analyse comparative. Le rôle des chercheurs est d'interroger la décision publique et de proposer de réfléchir aux déterminants de celle-ci. Nous avons commencé avec les informations disponibles après avril 2020.

### **Le trilemme imposé par le Covid-19**

En réalité, pour les choix politiques en situation de pandémie, on se retrouve face à un trilemme composé de trois sommets : les libertés publiques, le



statut quo économique et la santé publique. En effet, on ne peut conserver les trois sommets, il faut renoncer à au moins un angle du triangle (Figure 1).

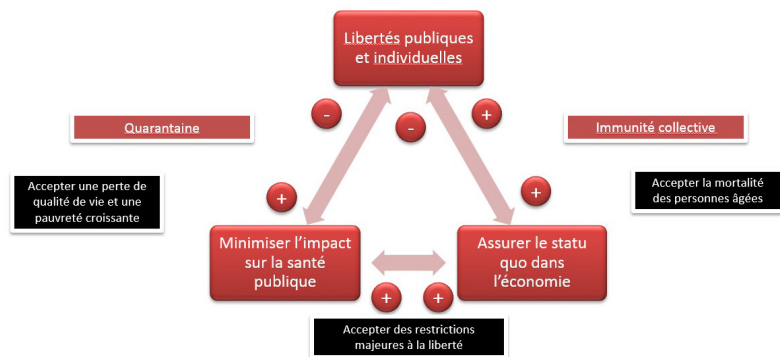


Figure 1 : Le triangle des impossibilités du Covid-19

Par exemple, si les gouvernements respectent les libertés publiques et individuelles, c'est-à-dire qu'ils n'adoptent pas une quarantaine rigoureuse, on observe un statut quo dans l'économie. Toutefois, cela signifie accepter une mortalité accrue de personnes âgées et vulnérables. En revanche, si les gouvernements minimisent les effets sur la santé publique, cela présuppose l'adoption d'une quarantaine rigoureuse, ce qui affecte directement les libertés publiques et l'économie. Dans le cas de l'Amérique Latine, mettre en place une quarantaine signifie aussi une augmentation massive de la pauvreté. Alors, comment parvenir à concilier les impératifs sanitaires (santé des citoyens), économiques (développement et relance)

et démocratiques (libertés publiques et individuelles) dans une période marquée par l'urgence.

Un autre élément important pour analyser ces choix politiques est ce que j'appelle « l'incertitude radicale », c'est-à-dire que les hommes politiques devaient prendre des décisions avec de lourdes conséquences, sans informations, sans probabilités pour les aider à prédire le lendemain. En effet, au début de 2020, il n'y avait pas d'information sur la capacité de développer un nouveau vaccin à court terme.

### **Décision publique et système de santé**

L'analyse comparative des systèmes de santé dans plusieurs pays démontre une relation inverse avec la rigueur de la quarantaine, c'est-à-dire que le bon fonctionnement d'un système de santé s'associe à des mesures plus souples de quarantaine. Ainsi, certains pays de l'Amérique Latine, notamment Honduras, El Salvador, Chili, Colombie, Argentine et Pérou ont adopté une quarantaine plus rigide à cause d'une faible couverture du système de santé et de protection social. Cependant ces quarantaines sont plus fortes qu'attendu à l'échelle du monde. Ainsi, les insuffisances et la précarité des systèmes de santé n'expliquent pas tout, il y a d'autres caractéristiques structurelles qui poussent les hommes politiques à prendre des décisions. Selon d'autres analyses, la quarantaine semble plus rigoureuse lorsque la cohésion sociale est faible, que le marché du travail demeure précaire et que la méfiance généralisée des

populations envers les institutions domine.

## **Conclusions**

L'incertitude radicale (donc non probabilisable) ne permet pas de tirer des conclusions rapides et faciles avec la simple lecture des « rankings ».

Le trilemme n'a pas de solution et par conséquent il n'y a pas d'optimum dans les stratégies de l'État. Cela se traduit par des tâtonnements et des phénomènes de « stop & go » qu'impactent la société et l'économie.

L'état du système de santé n'explique pas la totalité de la conception et mise en œuvre des politiques publiques. La cohésion sociale, la discipline de la population, les caractéristiques structurelles des pays, y compris l'efficacité des gouvernements et leurs crédibilités au sein des populations doivent être prises en compte pour comprendre les stratégies publiques ... et expliquer les différences dans les résultats.

## **3. La pandemia del COVID-19. Reflexiones sobre la gestión compartida en el contexto cubano.**

**LUISA IÑIGUEZ ROJAS**

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales- Programa Cuba.  
Universidad de La Habana

**CLARISBEL GÓMEZ VASALLO**

Departamento de Sociología. Universidad de La Habana.

Ante la pandemia del Covid-19 los países han realizado esfuerzos para contener su expansión y mitigar los efectos negativos de la crisis desatada en sus territorios-población. Cada país organizó procesos y acciones específicas, muchas de las cuales vinieron de epidemias anteriores, y que difieren entre sí según las formas como el sistema político y los políticos visualizaron la crisis. Difieren también, según las capacidades de los gobiernos locales (regionales y municipales) para atender a las normas nacionales o para adaptarlas a sus contextos.

El presente artículo aborda el tema de los niveles de gestión de la crisis del Covid-19. Se busca una comprensión del proceso de gestión gubernamental de la epidemia en Cuba en sus diferentes niveles, a partir de las particularidades del Sistema Nacional de

Salud y de la concepción científica y política que le acompaña. Se exploran, además, los efectos sociales de la implementación territorial de las normas, sean ellas adaptativas o novedosas. Se optó por describir y analizar elementos generales de la gestión de la crisis en Cuba, a partir de la evolución de la pandemia en el país.

Sin duda, desde el inicio de la pandemia el sistema de salud cubano fue el mayor protagonista, en ello recaía la elevada responsabilidad de ofrecer asistencia clínica y preventiva frente a una enfermedad transmisible desconocida. En Cuba la salud es un derecho de toda las personas y un deber del Estado, por lo tanto, el Estado regula, financia y presta los servicios de salud. Para ejercer de forma efectiva este derecho, se instituyó un sistema de salud único y accesible a la población, así como se desarrolló programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias (Constitución de la República, 2019).

Son principios del Sistema Nacional de Salud (SNS): el carácter estatal y social (sistema único); la accesibilidad y gratuidad de los servicios; la orientación profiláctica; la implementación de los avances de la ciencia y de la tecnología; la participación intersectorial de la comunidad; la colaboración internacional; la centralización normativa y la descentralización ejecutiva.

El SNS se organiza en tres niveles administrativos: nacional, representado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) organismo gestor del sistema, encargado de la aplicación de las políticas del Estado y

del Gobierno en materia de salud pública; un segundo nivel representado por las Direcciones Provinciales de Salud Pública y un tercero por las Direcciones Municipales de Salud Pública. La actividad asistencial se estructura en cuatro niveles: nacional, provincial, municipal y sector (Ramírez, Castell-Florit y Mesa, 2003) (Domínguez-Alonso y Zaca, 2011).

Según información más reciente, los recursos infraestructurales del sistema incluyen 150 hospitales generales y especializados, 449 policlínicos distribuidos en todas las provincias y municipios y 11 432 Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia (CMEF). A ellos se vinculan centros de salud mental, hogares maternos, clínicas estomatológicas, farmacias y ópticas. Prestan servicios a la población 157 hogares de ancianos y 300 casas de abuelos que ofrecen servicios integrales a la población adulta mayor<sup>1</sup>, sin embargo, la cobertura de atención aún es insuficiente dado el notable incremento del envejecimiento en el país. Además, funcionan 12 institutos de investigación y 7 unidades de subordinación nacional<sup>2</sup>.

Trabajan en el sector de la salud 49 7593 personas, cerca del 7% de la población en edad laboral del país, de los cuales el 70% son mujeres. Cuba cuenta con 9.27 médicos por 1 000 habitantes y 1.84 estomatólogos

1. Los hogares de ancianos son de residencia permanente, y las casas de abuelos de régimen diurno, entre ocho y diez horas de estancia.

2. Existen unidades de salud de subordinación nacional, por lo general hospitales especializados e institutos de investigación, y asistencia; de subordinación provincial como hospitales y la municipal que en lo fundamental contiene el primer nivel del sistema (policlínicos y sus CMEF), Bancos de sangre.

por 10 000 habitantes (MINSAP, 2021a), es decir, una de las proporciones más favorables del mundo. Esta oferta sanitaria contribuye al alto índice de esperanza de vida del país, uno de los más altos de la región (OMS, 2020).

El acceso al sistema se organiza en base territorial – mediante las direcciones provinciales y municipales de salud – y la atención se inicia en el nivel primario, CMEF y en los policlínicos. Unos 21 589 médicos trabajan en consultorios, policlínicos urbanos y rurales, así como en determinados centros de trabajo y estudio. Se integran también en este primer nivel de atención primaria otros tantos profesionales y técnicos que llegan a más de 40 000 trabajadores con cobertura de atención total en barrios y comunidades del país. En los CMEF se atienden como promedio entre 200 y 230 familias, y cifras inferiores se registran en áreas rurales poco densas. A partir del CMEF las personas acceden al nivel secundario y terciario de atención mediante el sistema de referencia y contra-referencia. Se espera que en el primer nivel de atención se puedan solucionar entre el 70 y el 80% de los problemas de salud de la población, donde se incluyen los servicios de rehabilitación, y de promoción de la salud. La industria biofarmacéutica y el creciente papel de la Medicina Natural y Tradicional cubana representan un apoyo inestimable al sistema de salud.

### **Estrategia metodológica**

Los resultados presentados fueron basados

en documentos oficiales del gobierno cubano en el contexto de la gestión del Covid-19. También se realizó una revisión bibliográfica de textos publicados en revistas nacionales indexadas en bases de datos como Latindex, Scielo y Scopus, y en Observatorios de ciencias sociales latinoamericanos creados para compilar la información científica sobre la pandemia. Complementa el análisis, la búsqueda realizada entre enero del 2020 y octubre del 2021 en sitios de la prensa local sobre particularidades de la implementación territorial de las estrategias de prevención y “control” del SARS-CoV-2 y de sus efectos.

En total, se analizaron 10 documentos gubernamentales recuperados desde diversas fuentes, entre ellas, sitios oficiales del Gobierno y páginas web de la prensa nacional. Entre estos están: *Protocolo Provisional de Cuba vs. Covid*; *Protocolo de Actuación Nacional para la Covid-19* (en sus 6 versiones) y *Etapa de recuperación pos-Covid-19; Medidas a implementar en sus tres fases, junio 2020*.

Se examinaron 40 artículos entre los incluidos en revistas nacionales y en los Observatorios, y 81 artículos compilados bajo títulos como: *Demografía y Covid-19: diferenciales sociales y epidemiológicos de una pandemia (2020)*, *Apuntes sobre economía cubana y Covid-19 (2020)*, *Género, cuidados y Covid-19 en Cuba (2020)*, *Enfrentando la Covid en el Caribe. Experiencias en República Dominicana y Cuba (2020)*, *Ciencia e Innovación. Desafíos a la multidisciplinariedad ante el Covid-19 (2020)*, *Pandemia y crisis: el Covid-19 en América Latina (2021)* y *Efectos del coronavirus. Acercamientos plurales*

desde la sociología (2021).

Se exploraron, 6 sitios de prensa digital local de un total de 15 que conforman la red de prensa escrita provincial del país. De estos, 6 fueron seleccionados de manera intencional, tomando en cuenta el criterio de los sitios que más se dedicaron en brindar amplia cobertura al acontecer del desarrollo de la epidemia en sus territorios, a través de secciones dedicadas expresamente a este fin<sup>3</sup>. Las reflexiones que acompañan el análisis de los resultados, son también producto de estudios conducidos por las propias autoras a respecto de la salud de la población cubana y de las desigualdades territoriales.

## **Resultados**

*El Covid-19. Llegada, definición e implementación de la estrategia de gestión*

La nueva enfermedad llega a Cuba cuando el país atravesaba una situación económica muy desfavorable. El recrudecimiento del bloqueo económico y financiero de los Estados Unidos afectaba desde actividades turísticas, hasta los niveles de importación. Además, el país enfrentaba a otras dificultades de orden interno que producían un efecto negativo sobre la producción de alimentos,

3. Se utilizan como fuente los sitios de prensa <http://www.tribuna.cu>; <http://www.invasor.cu>, <http://www.periodico26.cu>, <http://www.vanguardia.cu>; <http://www.escambray.cu> y <http://www.sierramaestra.cu>

medicamentos y otros. Desde finales de 2019 los hogares sufrían el desabastecimiento de varios productos, así como el déficit de servicios básicos, como el transporte (Lara, 2020).

En este contexto adverso se constituye un Grupo Temporal Nacional para enfrentar la COVID-19 en el mes de enero del 2020, aunque no había todavía casos confirmados en el país. (Figura 1)



Figura 1. Reunión del Grupo Temporal Nacional.

Fuente: <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/cuba-trabaja-sin-descanso-para-enfrentar-la-covid-19/>.

Fue encabezado por el Presidente de la República y el Primer Ministro, integraban este grupo profesionales del Ministerio de Salud Pública máximas



autoridades de los ministerios. Se comenzaban a visualizar la organización de respuestas.

En el propio mes de enero se divulgó un Plan Nacional de prevención y enfrentamiento al nuevo coronavirus con más de 500 medidas que involucraban a todos los Organismos de la Administración Central del Estado, el sistema empresarial, el sector no estatal y la población en general. Sería actualizado periódicamente según la evolución de la situación epidemiológica (MINSAP, 2020a). En reuniones diarias, se analizaba la situación epidemiológica del territorio nacional con la participación por video conferencias de autoridades de cada una de las 15 provincias del país y del municipio especial Isla de la Juventud.

Como en otras experiencias similares ante eventos naturales y sanitarios fue activado el Consejo de Defensa Nacional. A partir de los primeros casos importados (11 de marzo del 2020), se activaron los Consejos de Defensa en sus niveles territoriales (provincias y municipios). Estos, a su vez, propusieron estrategias y acciones para ser incluidas en un Plan de Prevención y Control del Covid-19 elaborado por el Grupo Temporal Nacional con tres fases de alerta epidemiológica. (Anexo 1)

Las fases para cada municipio y provincia del país -y sus cambios- serían propuestos por los Consejos de Defensa Provinciales para la aprobación por el Grupo Temporal Nacional. En paralelo el Consejo de Ministros analizaba los impactos del Covid-19, los posibles escenarios y la transformación productiva para enfrentar probablemente un período prolongado de crisis. Desde el mes de febrero del 2020 fue creado

el Grupo de Ciencia para el enfrentamiento de la pandemia, posteriormente fue constituido como Grupo Técnico Temporal de Trabajo ampliando la participación de profesionales de universidades, centros de investigación y servicios asistenciales que apoyarían al Gobierno en el control de la epidemia, desde diversas áreas En el propio mes de marzo el MINSAP estableció un protocolo de acción que incluía medidas a ser ejecutadas por los niveles territoriales, subnacionales del SNS hasta los hospitales (MINSAP, 2020b).

De forma inmediata se desplegó una amplia estrategia de comunicación por medios de difusión de alcance nacional, de la prensa provincial y emisoras de radio locales<sup>4</sup> Se decretó el aislamiento de los residentes procedentes del extranjero y de los visitantes en el país en hoteles y otros tipos de alojamientos durante 14 días bajo estricta vigilancia epidemiológica. Menos de dos semanas después de la notificación de los primeros casos, se decide el cierre casi total de fronteras. Varias medidas de autoprotección, entre ellas, el uso de la mascarilla, el distanciamiento físico de 1.5 a 2 metros y el lavado frecuente de las manos fueron sistemáticamente reiteradas por numerosas vías.

A finales del mes de marzo se aprobaron 40 medidas restrictivas centradas en limitar la movilidad de la población, similares a las aplicadas

4. Conferencias de prensa diarias impartidas por el Director Nacional de Higiene y Epidemiología y Mesas Redondas y por varios sitios digitales en particular el Sitio Oficial del Ministerio de Salud Pública (<https://salud.msp.gob.cu/>).

en países donde ya evolucionaba la pandemia (Periódico Granma, 2020). Las actividades docentes se desarrollarían por medios televisivos, en la enseñanza primaria, media y media superior. En la enseñanza superior, la continuidad de los estudios pasó a modalidad a distancia, a través de una plataforma digital creada exclusivamente para ello. Se orientaba la estricta vigilancia epidemiológica y la atención diferenciada a hogares de ancianos y casas de abuelos. Se focalizaba la atención en ancianos que vivían solos, y personas deambulantes, con discapacidades o con padecimientos crónicos.

Todas estas acciones fueron aprobadas por las instancias municipales que las ejecutaban por medio de actores como trabajadores sociales y miembros de organizaciones de masa<sup>5</sup>. Se reorganizaba el comercio interior y se promovía la venta de alimentos y otros bienes de forma normada para procurar una distribución más equitativa, por ejemplo, la venta de comidas y servicios a domicilio, y la regulación de las filas para compras en establecimientos, evitando así desórdenes.

Ante el cierre de los centros de trabajo no imprescindibles, se procedió al reordenamiento laboral con la implementación del teletrabajo donde fuera posible y la reubicación en otras actividades. Medidas fiscales buscaron aplazar el pago de todos los impuestos o tributos ante las sucursales bancarias por parte de los contribuyentes, así como la reducción

5. Federación de Mujeres Cubanas y Comités de Defensa de la Revolución organizados en cada cuarterón de barrios y localidades.

de las cuotas tributarias mensuales en actividades privadas afectadas por la pandemia. Se efectuaron pagos a las madres que estaban al cuidado de sus hijos en las enseñanzas primaria o especial, con el 100 % del salario en el primer mes, y el 60 % desde el segundo mes (MTSS, 2020).

Se incrementaban los beneficiarios del Sistema de Atención a la Familia (SAF) que incluyeron a núcleos familiares cuyos ingresos se vieron afectados por las medidas tomadas durante la pandemia y se concedieron prestaciones monetarias temporales excepcionales de asistencia social.

Desde el inicio de la epidemia, como es costumbre ante el paso frecuente de eventos meteorológicos extremos y otras emergencias, se constató la movilización espontánea de la población en apoyo a las medidas de prevención orientadas por los medios de difusión. En las localidades, surgían iniciativas de individuos y familias como: la confección y distribución de mascarillas sanitarias a miembros de la comunidad con recursos propios, la asistencia a personas mayores para la obtención de productos de primera necesidad, la colaboración de iglesias, de estudiantes universitarios y de otras organizaciones de la sociedad civil. Se fueron estableciendo mecanismos de participación desde organizaciones de masa y estudiantiles como la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), los Comités de Defensa de la Revolución y la Federación Estudiantil Universitaria (FEU). (Figura 2). Otras iniciativas asociadas a la atención asistencial emergieron durante la evolución de la epidemia.



Figura 2. Apoyo a los barrios.

Fuente: <https://www.parlamentocubano.gob.cu/index.php/continuan-comprobaciones-de-diputados-a-enfrentamiento-a-la-covid-19-en-capital-cubana/>

Cooperativas de producción agropecuaria donaban alimentos a poblados en cuarentena, hospitales y centros de aislamiento para sospechosos y contactos de casos confirmados. Talleres de confecciones textiles no estatales en varias provincias confeccionaban y donaban artículos de protección como mascarillas y caretas protectoras. (Figura 3)



Figura 3. Taller de confección de mascarillas, 2 de mayo 2020

Fuente: <https://www.santiago.gob.cu/en/noticias/ciudadania-noticias/97-noticias/noticias-ciudadania/>.

Se organizaban “psicogrupos” en todas las provincias del país mediante aplicaciones de mensajería instantánea que orientaban a madres, trabajadores de salud y personas mayores ante las dificultades que enfrentaban, un ejemplo de la iniciativa de profesores y alumnos universitarios. Cabe destacar que estas fueron posibles gracias al incremento relativamente reciente de usuarios de Internet en el país con cobertura de más del 90% de los municipios, y de telefonía móvil, que se supera los 5 millones de personas. No obstante, la conectividad aún es insatisfactoria en numerosas localidades



en razón del costo elevado para la mayoría de la población (Redacción de corresponsales, 2021).

En junio, tres meses después de la notificación de los primeros confirmados, se constató una notable disminución de casos, la concentración casi total de confirmados estaba en la provincia de La Habana. De forma similar descendieron las defunciones y los casos activos (relación entre los casos nuevos y los recuperados y los casos de sospechosos y contagios de los casos confirmados). Conforme a la situación epidemiológica favorable, se divulgó el documento “Etapas de recuperación post Covid-19. Medidas a implementar en sus tres fases” aprobado por el Consejo de Ministros (Consejo de Ministros, 2020). En este, se detallaban las acciones a desarrollar en las diferentes etapas predefinidas. El 8 de junio de 2020 comenzaba su implementación.

A partir de entonces, el Consejo de Defensa Provincial informaba diariamente al Grupo Temporal Nacional la situación epidemiológica de la provincia y sus municipios. Según el cumplimiento de indicadores<sup>6</sup> el Grupo Temporal Nacional aprobaba el mantener, retroceder o avanzar de fase en cada uno de los territorios. Un mes después, 13 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud se encontraban en la 3ra fase de la 1ra etapa de recuperación post Covid-19, próximos a la declaración de la llamada “nueva normalidad”, una provincia occidental en la segunda

6. Indicadores sanitarios para evaluar las fases: 1. Tasa de incidencia 2. Índice reproductivo 3. Casos activos 4. Número de casos positivos con fuente de infección conocida en los últimos 15 días 5. Eventos de transmisión local

fase y La Habana, se mantenía en la primera fase (MINSAP, 2020c).

Por sobre lo logrado, a inicios del mes de agosto fue notado el incremento de casos confirmados y esta tendencia continuó en las siguientes semanas en asentamientos de municipios de provincias del país, con una heterogénea distribución territorial. Eso provocó la reevaluación de la situación sanitaria, el cambio de fases de recuperación de municipios y provincias que retrocedían a la fase anterior. Se registraban brotes epidémicos originados tanto en centros de trabajo como en comunidades de forma alternada, con elevada transmisión en una o dos provincias, en tanto en el resto se registraba una baja o muy baja transmisión y con varios municipios sin casos confirmados.

En este contexto se publica el Protocolo de Actuación Nacional actualizado en su quinta versión (MINSAP, 2020d). El nuevo incremento de la transmisión – en el momento que se consideraba la epidemia casi controlada – se debió al incumplimiento de protocolos y medidas de control sanitario, la movilidad de la población desde La Habana hacia otros territorios, el relajamiento de las medidas de control y la disminución de la percepción de riesgo asociada a la notable disminución de casos (Martínez, 2020; Beldarraín et al, 2021).

A finales de año se asiste a la progresión de la transmisión y a la ampliación de la dispersión espacial debido a la apertura de los aeropuertos a mediados del mes de noviembre, lo que propició la llegada de viajeros contagiados que incumplieron la medida de

aislamiento en sus casas u hoteles durante 14 días. El número de casos “importados” fue creciente, así como los contagios ocurridos a partir de estos, de la misma forma como pasó en numerosos países, en razón de la frecuencia de reuniones y actividades festivas (navidad y fin de año), donde pareciese hasta “lógico” que los participantes, en algún momento, prescindieran de la mascarilla y no guardasen la distancia social indicada.

### **El COVID-19 en el 2021.**

El año se inicia con la entrada en vigor de un proceso denominado “Ordenamiento monetario y cambiario” que tiene como objetivo impulsar cambios necesarios en la economía que conduzcan a elevar el bienestar de la población. El proceso impacta de manera transversal la economía y la sociedad cubana, que deben sumir cambios profundos tras largos meses de esfuerzos para el control de la epidemia y la reducción de sus efectos negativos tanto en la salud física, como en la mental y social (Lara, 2020).

En las primeras semanas continúa el incremento de casos, se reducen los casos importados se amplía la difusión territorial de la epidemia en barrios y comunidades de municipios con muy pocos casos antes o sin casos. Vuelven a ser diarias las Conferencias de Prensa sobre la evolución de la epidemia en el país y se reactiva la línea gratuita de atención a dudas, quejas o sugerencias ofrecida por el Ministerio de Salud Pública en todas las provincias del país. La nueva situación epidemiológica suscitó una nueva

actualización del Protocolo de Actuación Nacional en su sexta versión en el mes de febrero (MINSAP, 2021b). El Grupo Temporal Nacional aprueba medidas para cambiar de fases a varias provincias y municipios, teniendo en cuenta la tasa de incidencia por 100 000 habitantes en los últimos 14 días y el cumplimiento del porcentaje de pruebas PCR realizadas como indicador del proceso que expresa la búsqueda activa de casos. (Tamayo, 2021)

Desde el Control Sanitario Internacional se retoma la medida anterior que contemplaba la cuarentena de los viajeros en aislamiento institucional, eliminada en el mes de noviembre del 2020. Se amplían las aerolíneas de países donde se había dispuesto la reducción de la frecuencia de vuelos e incluso se suspenden, como en el caso de Haití, de donde procedían un número relativamente elevado de personas contagiados, en particular en provincias del Oriente del país. Se decide la paralización gradual de las actividades presenciales del curso escolar en la enseñanza primaria, media y media superior, según la situación epidemiológica de las provincias y municipios. Las provincias habilitarían centros de aislamiento para los cubanos residentes que arriben al país libre de costo. Los extranjeros y cubanos no residentes se aislarían en instalaciones hoteleras designadas en cada territorio. Se instalaban progresivamente laboratorios de biología molecular para el procesamiento de pruebas PCR en todas las provincias que no contaban con este recurso. En el mes de abril se lanza la plataforma Pesquisador Virtual que complementaría el proceso de pesquisa activa

del SNS. Una de las aplicaciones de la plataforma, elaborada en la Universidad de Ciencias Informáticas, ofrecía una encuesta destinada a captar información del estado de salud de la población. (Pierra, 2020; BCC, 2021).

En el tránsito de esta nueva onda epidémica, se divulgaron resultados de la vigilancia genómica que advertían la circulación en el país de otras variantes y patrones mutacionales del SARS-CoV-2, en particular la variante Beta (notificada por primera vez en Sudáfrica), lo cual condicionaba el notable incremento de brotes epidémicos en determinados lugares del país (Vila, 2020; Llano, 2021). Se informa con mayor frecuencia la entrega voluntaria de alimentos provenientes de cooperativas agropecuarias y de agricultores a instituciones de salud, y la confección de ropas para trabajadores de la asistencia médica. En varias localidades del país se refuerza el apoyo a tareas espontáneas y orientadas por los gobiernos locales, como la de estudiantes universitarios y de la enseñanza media superior que llevaban alimentos y medicamentos a adultos mayores y familias más vulnerables en barrios en cuarentena. También se apoyaba a diferentes tareas en los centros de aislamiento y a las pesquisas en los domicilios implementadas desde inicios de la epidemia en el país. (Figura 4)



Figura 4. Estudiante de Medicina en pesquisa domiciliar.

Fuente: <https://www.google.com/search?q=COVID+cuba+pesuisa+ACN&tbm>.

Se divulgan con mayor frecuencia, por medios nacionales y provinciales, apoyos provenientes del sector agropecuario privado dirigidos a la entrega de productos alimenticios a centros asistenciales, así como por parte de los propios trabajadores, como transportistas de varias provincias que pusieron sus autos a disposición del sistema de salud para el traslado de pacientes, medicamentos y vacunas. De igual manera artesanos continuaron apoyando en la confección de medios de protección y en la fabricación de instrumentos necesarios para la asistencia.

En el mes de mayo, por decisión del Presidente

del Consejo de Defensa Nacional son desactivados los Consejos de Defensa provinciales y municipales, transfiriéndose la responsabilidad de dirigir las acciones de control de la epidemia a los grupos de trabajo temporales en los territorios. Según artículo de prensa, dicha decisión respondió a que se consideró que estaban ya creadas las condiciones para esta transición (Granma, 2021).

Continuaría en los siguientes meses el ascenso de casos confirmados que se acentúa a partir del mes de junio. Los modelos matemáticos planteaban el crecimiento exponencial de casos, y se decreta en todo el país la fase de transmisión autóctona. Un nuevo Plan de medidas es divulgado en el Grupo Temporal Nacional de Trabajo indicando el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los servicios de asistencia médica y, de modo especial, priorizando el avance de la vacunación (Puig, 2021).

Desde entonces y hasta el mes de septiembre se enfrenta la situación más difícil: el número de casos llegó a los 200 000 confirmados en algunas semanas epidemiológica y solo a inicios del mes de octubre se apreció un descenso sostenido de casos. La variante Delta (notificada por primera vez en la India) participó de la progresión de la epidemia. La variante Delta es mucho más transmisible y su circulación fue intensificándose en varias provincias del país, con la reducción significativa de la D614G presente en el territorio nacional desde el inicio de la epidemia (Noda 2021; Fernández, 2021).

## **Discusión**

Como es comprensible, la orientación nacional emanada de los múltiples protocolos establecidos de acuerdo con la evolución de la epidemia no fue homogénea en las 15 provincias, 168 municipios, más de 1 400 Consejos Populares y varios miles de circunscripciones en ciudades, pueblos, poblados y caseríos rurales. (Anexo 2)

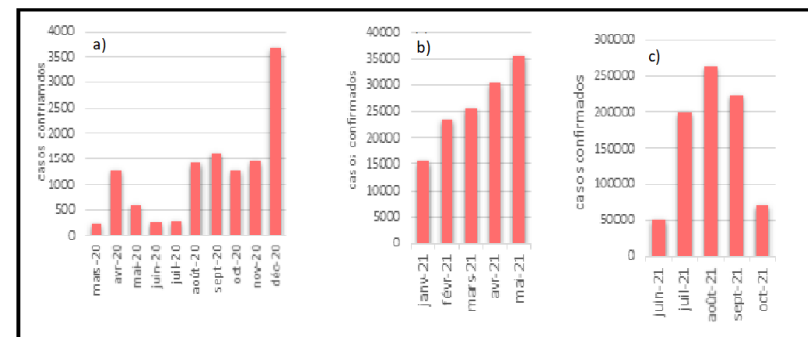
Cuando parecía incontenible el incremento de casos en la tercera y más intensa oleada, se evidenció cierta descentralización de las decisiones como en el caso de los cambios de fase de recuperación decididos desde entonces por el grupo temporal provincial. El Primer Ministro expresaba al respecto: “lo que se aplique tiene que parecerse a las provincias, a los municipios, a las localidades, y que se corresponda con las características propias de cada lugar. (...) Esta batalla se gana en el municipio” (Marrero cit. por Puig, 2021). Es esta tal vez la reflexión más clara de la necesidad que se adecuen medidas y protocolos a escalas locales, lo cual implica una mayor flexibilización de lo establecido a escala nacional.

Aunque mantenidos los principios de prevención y protocolos de asistencia médica de alcance nacional, las diferencias territoriales en la disponibilidad de recursos infraestructurales y humanos, así como los contextos geográficos, económicos, sociales y culturales, entre otros factores más subjetivos, definieron la posibilidad de cumplimiento de disposiciones establecidas por el

Grupo Temporal Nacional. Es posible que la crítica situación epidemiológica en el país haya permitido el avance de la descentralización de las decisiones.

Es comprensible que la gestión de la epidemia desde los territorios no tuvo la misma efectividad o sistematicidad en su aplicación. En varios medios de comunicación, intervenciones de autoridades nacionales, provinciales y opiniones de la población hacían referencia a irregularidades en el funcionamiento de algunos centros de aislamiento por carencias materiales, indisciplinas, fallas de vigilancia epidemiológica en centros de trabajo, escasa percepción de riesgo de algunas personas, deficiencias e incumplimientos en las pesquisas diarias de sospechosos, y demoras en la comunicación de los resultados de los PCR de los sospechosos de contagio (Cubadebate, 2020; Morales, 2020; Rodríguez, 2021)

Si durante el año 2020, las ventajas de la estrategia de contención fueron evidentes, confirmando poco más de 1400 casos, en los primeros cinco meses del 2021, este número se elevó a más de 130 000, y en los siguientes cinco meses se registraron más de 800 000 contagiados. (Gráficos 1a, 1b, 1c)



Gráficos 1 (a, b, c). Cuba. Casos de Covid-19 confirmados según períodos analizados.

Fuente: Elaborado por las autoras a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia en Salud. Ministerio de Salud Pública.

Ante lo descrito, es difícil concebir la estabilidad de la resiliencia en localidades y poblaciones frente a avances y retrocesos de las fases de recuperación y de alerta epidemiológica. Los procesos de resiliencia, han sido modelados por los contextos y por las variaciones en la incidencia del SARS-CoV-2. El avance y retroceso de la situación epidemiológica nacional y también internacional causada por la COVID-19, en un escenario de incertidumbres sobre sus impactos-consecuencias y la duración de estos, puede estar provocando efectos contraproducentes sobre la movilización social (Armas, 2020).

Aunque con larga tradición en Cuba, dado los frecuentes eventos meteorológicos extremos, el voluntariado como práctica de participación y ciudadanía activa, se vio reforzado en el curso de la

crisis, expresión del ejercicio de corresponsabilidad real que ha ganado. Sin estudios conclusivos, se ha constatado a partir de lo divulgado por medios televisivos, redes sociales y la prensa local, como grupos sociales han cambiado su perfil ocupacional como parte del proceso de adaptación a los escenarios vividos. Las prácticas laborales asociadas a la artesanía, a las ventas ambulantes y a servicios de mensajería se hacen cada vez más frecuentes. Muchas personas vinculadas a sectores como el artístico y directa o indirectamente al turístico, han reactivado antiguos oficios.

La circulación de variantes del SARS-CoV-2 más transmisibles y fallas en la vigilancia epidemiológica en los últimos meses se integraron al desgaste que condicionaba las respuestas de los territorios y de su población. A la “fatiga pandémica” como causa a la que se le atribuye conductas y comportamientos inadecuados o irresponsables se suman numerosas otras causas asociadas a la capacidad de individuos-familias para afrontar innumerables dificultades en el cotidiano. El cansancio se pudo haber experimentado tanto en localidades e instituciones, en individuos y familias, como en autoridades de los gobiernos locales y de escalas superiores, con intensidad variables en todos los municipios y provincias del país, según una trama compleja de factores objetivo-subjetivos durante los 21 largos meses.

En crónicas publicadas en la prensa nacional y en prensas provinciales se expresan problemáticas estructurales y de gestión acumuladas, marcadas por variables territoriales, y se percibe el impacto negativo

de estrategias improvisadas ante la premura de resolver situaciones puntuales en la aparición de brotes epidémicos institucionales y comunitarios (Gómez & Iñiguez, 2021). Ello visibiliza desigualdades socio-espaciales que atraviesan el pensamiento cotidiano y condicionan la efectividad, y equidad de la toma de decisiones y la acción social. Se reitera en discursos políticos y científicos la pérdida de percepción de riesgo, las indisciplinas e irresponsabilidades en el cumplimiento de las medidas de prevención al contagio, no obstante, poco se ha profundizado en la comprensión de este hecho.

Al respecto D’Angelo (2020) considera que los protocolos sanitarios institucionales en algunos momentos no consiguieron captar la diversidad de subjetividades que sostenían comportamientos inéditos para elaborar variantes necesarias. Entonces, se pregunta el autor citado “¿esos protocolos, por momentos, no estarían desfasados de la situación de la realidad “real”, de las necesidades y comportamientos que causaron diversas indisciplinas sociales y ampliación de los contagios, que duraron mucho tiempo, más allá de la introducción de nuevas cepas?”. La evolución de la crisis ha evidenciado elevadas capacidades de resistencia de la población, pero también en ocasiones ha develado algunas, incomprensiones y ausencia de mecanismos necesarios para la gestión. Fortalezas y debilidades se han puesto al descubierto.

Una de las principales fortalezas a destacar ha sido la vacunación de la población asegurada por vacunas desarrolladas en el país. A fines del mes de



noviembre, el 82% de la población cubana estaba vacunada con el esquema completo, así como ha sido probada la efectividad de otros productos de la industria biofarmacéutica y de la Medicina Natural y Tradicional.

### **Reflexiones finales**

Las inobjectables ventajas del SNS en la gestión del Covid-19 en el país se fundamenta en sus principios, en particular de su carácter de sistema único y en su primer nivel de atención, con extensión y cobertura a toda la población. Como en otros eventos de salud críticos, este sistema se integró de forma inmediata al Sistema de Defensa Civil también organizado hasta el nivel municipal. A juicio de las autoras como nunca antes se movilizó la acción interinstitucional, intersectorial, y la interdisciplinaria, con el notable papel del Sistema de Ciencias del país.

Desde universidades y centros de investigación de las provincias se desarrollaron diversos estudios que han apoyado las estrategias de prevención y control. Se ha hecho evidente el impacto positivo del conjunto de medidas de vigilancia y control de la transmisión aplicado por el gobierno cubano y sus instancias ministeriales, así como la efectiva colaboración institucional, intersectorial e interdisciplinaria de profesionales de las ciencias, directivos gubernamentales y trabajadores de los servicios asistenciales en el control de la transmisión, hechos detallados en publicación de la Academia de Ciencias de Cuba (Díaz-Canel y Núñez, 2020).

Las múltiples iniciativas de apoyo material y espiritual surgidas desde individuos –familias, o desde organizaciones de masa y otras surgidas en numerosas comunidades y centros asistenciales merecen destacarse. Muy a pesar de la crítica situación económica del país a la llegada de la epidemia y durante su evolución, el Gobierno cubano no ha escatimado esfuerzos para enfrentar gastos del presupuesto con montos que han ascendido a 1 676 millones de pesos según informes oficiales (MFP, 2021) y otras cifras difíciles de estimar para conseguir una favorable gestión de la pandemia. Ha sido, además, decisivo el cumplimiento de medidas de autoprotección, la detención de la movilidad interprovincial y la limitación de la intermunicipal, el aislamiento físico de la población y de contactos con casos confirmados, sospechosos y personas que arribaban al territorio nacional en centros creados al efecto, y la pesquisa activa diaria realizada casa a casa por trabajadores y estudiantes del sector salud (Iñiguez et.al, 2020).

En el escenario de emergencia sanitaria y económica, y la complicada trama de sus efectos sociales, es comprensible que se hayan cometido errores. La orientación nacional emanada de los múltiples protocolos y sus medidas, no han contado con las mismas capacidades de gobernanza, infraestructura de servicios, o recursos materiales y humanas para su implementación ni para lograr el rigor necesario y la equidad que se exigía en todos los territorios.

En la ampliación de la heterogeneidad de contextos económicos, sociales, culturales y ambien-

tales del país no es posible esperar respuestas iguales ni de las autoridades gubernamentales locales, ni de la población. No obstante, en general ha sido evidente la combinación de la centralización, la descentralización y la focalización entre los cuales cabe resaltar el componente de las diferencias territoriales expresado. Los gobiernos, los medios de comunicación a escala local y la sociedad civil han cumplido un importante rol como mediadores de las estrategias diseñadas. La epidemia ha puesto a prueba las capacidades de unos y otros.

Instituciones, organizaciones y familias no han vivido igual los tiempos del Covid-19 al interior del país, y tal vez tarde mucho en poder valorarse con profundidad las consecuencias desfavorables, primarias y secundarias, directas e indirectas y las que se visualicen a corto o mediano plazo sobre la salud física, mental y social en los cerca de 7000 asentamientos poblacionales del territorio nacional. Los estudios sobre estos procesos, sus condicionamientos e impactos requieren aún desarrollos que profundicen en la mediación de heterogeneidades contextuales en los procesos de gestión del Covid-19 en nuestro país.

La comprensión de un fenómeno aún en curso impone limitaciones como los sesgos que resultan de experiencias e ideologías de los investigadores, a los que el resultado presentado no está exento. La COVID-19 ha demostrado la necesidad de impulsar la gestión compartida, donde se integran políticas nacionales y sus acomodados territoriales, respuestas, conductas y comportamientos TODOS.

## **Referencias Bibliográficas**

Almodóvar, M (Comp.) (2020). Género, cuidado de la vida y COVID-19 en Cuba. Diversas miradas y realidades. La Habana. Fundación Friedrich Ebert

Armas, ML. (12 de agosto del 2020). “Perspectiva estratégica en la gestión del Covid-19 en Cuba”. Pensar la Pandemia Observatorio social del coronavirus. CLACSO. Disponible en: <http://www.clacso.org/perspectiva-estrategica-en-la-gestion-de-la-covid-19-en-cuba/>

Banco Central de Cuba (BCC) (2021). Cubanos podrán conocer resultado del PCR mediante SMS o correo electrónico. <https://www.bc.gob.cu/noticia/cubanos-podran-conocer-resultado-del-pcr-mediante-sms-o-correo-electronico/1021>

Beldarraín-Chaple E., Alonso-Sánchez I. y Vidal-Ledo, M. (2021). “La segunda ola de la epidemia de COVID-19 en Cuba: los rebrotes del sexto y del séptimo mes”. Revista de Medicina Social. Vol.14, No. 2. Pp. 47-58

Blanco, H y Anaya, B. (2020). Apuntes sobre economía cubana y COVID-19. La Habana. Centro de Estudios de la Economía Cubana.

Colectivo de autores. (2020). Ciencia e Innovación.



Desafíos a la multidisciplinariedad ante la COVID-19. La Habana. Editorial UH.

Consejo de Ministros (2020). Etapa de recuperación post Covid-19. Medidas a Implementar en sus tres fases. Editora Política. 17 junio 2020 [https://temas.sld.cu/coronavirus/files/2020/06/Etapa-de-recuperaci%  
c3%b3n-pos-COVID-19-medidas-a-implementar-en-sus-tres-fases-jun2020.pdf](https://temas.sld.cu/coronavirus/files/2020/06/Etapa-de-recuperaci%c3%b3n-pos-COVID-19-medidas-a-implementar-en-sus-tres-fases-jun2020.pdf)

Constitución de la República de Cuba. (10 de abril del 2019). Gaceta Oficial. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba-proclamada-el-10-de-abril-de-2019>

Cubadebate (14 mayo 2020). “Directivos inescrupulosos malversan recursos en Centro de Aislamiento en Cienfuegos”. Cubadebate. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/05/14/directivos-inescrupulosos-malversan-recursos-en-centro-de-aislamiento-en-cienfuegos/>

D’Angelo, O. (2 de junio del 2020). “Al Otro lado del Paraíso: Las capas de la cebolla en las calles capitalinas”. Cubadebate. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/opinion/2020/06/02/la-psicologia-en-tiempos-de-COVID-19>

Díaz-Canel M, Núñez J. J. “Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19”. Anales de la Academia de Ciencias e Cuba Vol.10, No2. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/881>

Domínguez-Alonso, E. y Zaca, E (2011). “Sistema de salud de Cuba”. Revista Salud Pública de México. Vol.53, No. 2. Pag. 168-176. Disponible en:<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf>

Gómez, C. y Iñiguez, L. (2021). “COVID-19 en Cuba. Un acercamiento al pensamiento cotidiano”. En: Pañellas, D. y Cabrerías, II. (2021). Cuba. Subjetividades en pandemia. La Habana. Editorial Acuario (en proceso editorial).

Granma (26 de mayo 2021). El enfrentamiento a la COVID-19 será asumido por grupos de trabajo temporales en los territorios. Periódico Granma. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2021-05-26/el-enfrentamiento-a-la-covid-19-sera-asumido-por-grupos-de-trabajo-temporales-en-los-territorios>

Gutiérrez, G. Herrera, S. y Kemner, J. (Coords)(2021). Pandemia y crisis: El COVID-19 en América Latina. México DF. CALAS.

Íñiguez R. L, Figueroa, F, Germán, A.A, Somarriba L.L. Herrada, H.A; Almora A. L. (2020). “Enfoque territorial en el análisis del Covid-19 en Cuba”. En: Colectivo de autores. Ciencia e innovación: desafíos a la multidisciplinariedad ante la covid-19. Gestión del conocimiento y alianzas estratégicas en la Universidad de La Habana. La Habana. Editorial UH.

Lara, T (2020). “El aporte económico del cuidado en

tiempos de Covid 19”. En: Magela Romero Almodovar (coord) Género, Cuidado de la vida y Covid 19 en Cuba. Diversas miradas y realidades 2020. Fundación Friedrich Ebert, Santo Domingo.

Llano, C. A. (10 de abril del 2021) “Preguntas y respuestas sobre las variantes del SARS-COV-2 y sus seis patrones mutacionales que circulan en Cuba”. Entrevista a la Dra. María Guadalupe Guzmán. Periódico Granma. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2021-04-10/circulan-en-cuba-cinco-variantes-y-seis-patrones-mutacionales-de-la-covid-19-preguntas-y-respuestas-video-10-04-2021-11-04-29>

Martínez, A. y Echevarría, D. (Comp) (2021). Efectos del coronavirus. Acercamientos plurales desde la sociología. La Habana. Ruth Casa Editorial.

Martínez, L. (2020). “Retorna La Habana a fase de transmisión autóctona limitada del Covid-19.” Disponible en: <http://www.presidencia.gob.cu/es/noticias|retorna-la-habana-a-fase-de-transmisi3n-autoctona-limitada-de-la-COVID-19>

MINSAP. (12 de mayo de 2020a). “Resolución 128/2020”. Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición Extraordinaria.; Año CXVIII. Número 25. p. 295-8. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.gob.cu/>

MINSAP. (2020b). Manejo clínico de COVID-19. Versión 1. Disponible en: <http://temas.sld.cu/coronavirus/>

[covid-19/minsap-estrategia-e-indicaciones/](http://covid-19/minsap-estrategia-e-indicaciones/)

MINSAP. (2020c). El Sistema de Salud Cubano en la etapa de recuperación Post COVID-19 Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/el-sistema-de-salud-cubano-en-la-etapa-de-recuperacion-post-covid-19/>

MINSAP. (2020d). Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.5. Disponible en: [http://media.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2020/08/VERSION-5-Del-protocolo-para-publicar-13-de-agosto-2020\\_compressed.pdf](http://media.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2020/08/VERSION-5-Del-protocolo-para-publicar-13-de-agosto-2020_compressed.pdf)

MINSAP. (2021a). Anuario Estadístico de Salud 2020. Disponible en: <http://www.files.sld.cu/bvscuba/file/2021/08/Anuario-Estadistico-Español-2020-Definitivo.pdf>

MINSAP (2021b). Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.6 <https://covid19cubadata.github.io/protocolos/protocolo-version-6.pdf>

MFP. (2021). Ministra de Finanzas y Precios: El presupuesto del Estado es y seguirá siendo un presupuesto social. Disponible en: [http://www.mfp.gob.cu/inicio/noticia.php?id\\_738](http://www.mfp.gob.cu/inicio/noticia.php?id_738)

Morales, I. (2020). Conversatorio virtual Experiencias cubanas en la gestión de la COVID. <https://www.clacso.org/en/experiencias-cubanas-en-la-gestion-de-la-covid-19/>

MTSS (2020). “Decreto No. 6/2020. Medidas laborales, salariales y de seguridad social relacionadas con la prevención y enfrentamiento a la COVID-19”. Gaceta Oficial Ordinaria No. 39. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.gob.cu/es/decreto-6de-2020-de-consejo-de-ministros>

Noda, S.A y Fernández, P.Y. (20 julio 2021). “Variantes genéticas aumentan la severidad del Covid-19”. Entrevista a especialistas del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí publicada. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/variantes-geneticas-aumentan-la-severidad-de-la-covid-19/>

OMS. 2020. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Monitoreando la salud para los ODS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>

Periódico Granma (24 de marzo 2020). “Cuba informa 40 medidas para el enfrentamiento al nuevo coronavirus Covid-19”. Periódico Granma. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-03-24/el-primer-secretario-del-pcc-y-el-presidente-activaron-los-consejos-de-defensa-en-el-pais-24-03-2020-01-03-10>

Pierra F.A, Vazquez C.Y, Hernández H.Y y Montesino, P.R. (2020). “Pesquisador Virtual: solución informática para la detección de casos sospechosos de COVID-19”. Revista Cubana de Informática Médica. Vol.12 No.2

ponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18592020000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592020000200001)

Puig, M. Y. (29 de junio del 2021). “Cuba, en transmisión comunitaria, aprueba nuevo Plan de medidas”. Periódico Granma. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2021-06-29/cuba-en-transmision-comunitaria-aprueba-nuevo-plan-de-medidas-29-junio-2021>

Ramírez, A., Castell-Florit, P. y Mesa, G. (2003). El sistema nacional de salud de Cuba. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.

Redacción de corresponsales (7 de octubre de 2021). “Más de cinco millones de personas tienen acceso a internet en Cuba”. Periódico Granma. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba/2021-10-07/mas-de-cinco-millones-de-personas-tienen-acceso-a-internet-en-cuba>

Rodríguez, S.A. (26 de enero 2021). “Aumentar el rigor en la pesquisa”. Periódico Vanguardia. Disponible en: <http://www.vanguardia.cu/villa-clara/19213-aumentar-el-rigor-en-la-pesquisa>

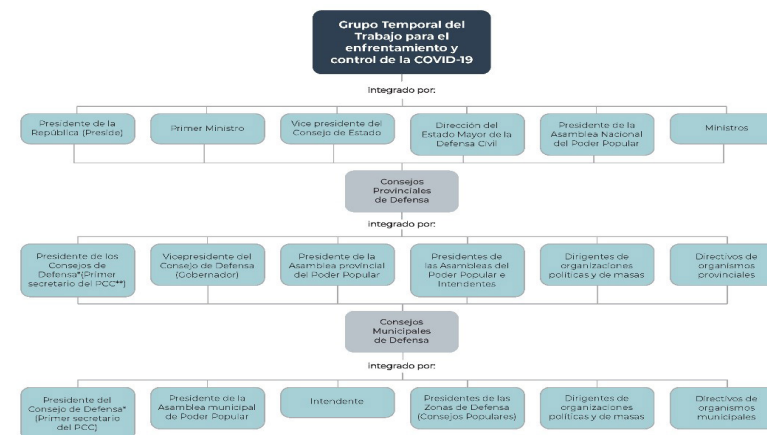
Tamayo, R.L. Cambio de fases en provincias cubanas: Es imperativo cortar la transmisión del virus SARS-COV-2. Periódico Granma. 8 enero 2021. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2021-01-08/decretan-retroceso-de-fases-en-varias-provincias-debido-a-complejidad-epidemiologica-por-covid-19-08-01-2021-21-01-44>

Trinquete, E. y Fernández, J. (Coord.) (2020). Demografía y COVID-19: diferenciales sociales y epidemiológicos de una pandemia. La Habana. Editorial CEDEM.

Vila, A.J. (2021). Confirman en Matanzas presencia de nuevas cepas del virus SARS-CoV-2. Disponible en: <http://www.cuba.cu/salud/2021-04-08/confirman-en-matanzas-presencia-de-nuevas-cepas-del-virus-sars-cov-2/55435>

Zabala, MC. (Coord.)(2020). Enfrentando la COVID en el Caribe. Experiencias en República Dominicana y Cuba. La Habana. Fundación Friedrich Ebert y FLACSO-Cuba.

## Anexo 1. Cuba. Organigrama de gestión del enfrentamiento y control del Covid-19.

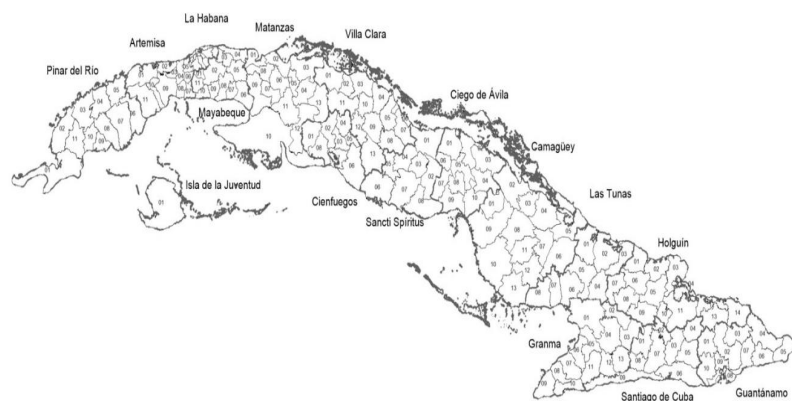


\*A partir del mes de mayo del 2021 presiden los Grupos Temporales de Trabajo para el enfrentamiento y control de la COVID-19

\*\* Partido Comunista de Cuba

Fuente: Elaborado por las autoras a partir de documentos oficiales.

## Anexo 2. División Político administrativa vigente. 15 provincias, 168 municipios



Fuente: Figueroa, F. E. 2018. Cepde.ONEI

## 4. La organización de la respuesta al Covid-19 en Costa Rica

**YELI VÍQUEZ RODRÍGUEZ**

Directora del Área Rectora de Salud de Poás, Ministerio de Salud, Costa Rica

*Síntesis realizada por Mady Malheiros Barbeitas y Anne Peggy Hellequin*

### Introducción

Costa Rica es una república ubicada en Centroamérica con una población de aproximadamente 5 millones de habitantes en un territorio de unos 51.100 km<sup>2</sup>. En términos de distribución geográfica el país presenta 7 provincias con 82 cantones al total (unidad geográfica más pequeña). El país presenta una diversidad de grupos poblacionales (afrodescendientes, migrantes chinos, nicaragüense, etc.) y una importante variación de nivel socioeconómico entre estos distintos grupos. Estructuración del Sistema de Producción Social de la Salud de Costa Rica.

Costa Rica ha conceptualizado la salud como un producto social en el cual existe una importante interrelación de determinantes de otros sectores

(público, industrial, comercial, educativo, económico, etc.).

En el último nivel administrativo está el llamado Sistema de Producción Social de la Salud, donde se articula la interrelación entre los distintos sectores, bajo el cual está inmerso el Sistema Nacional de Salud donde el Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria máxima (Figura 1). El Sistema Nacional de Salud representa el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen como parte de sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios, sean estos finales, intermedios o de apoyo, destinados explícitamente a la protección y el mejoramiento de la salud de la población. Son ejemplos de entes: los proveedores privados de salud, organismos internacionales, ONGs, universidades y el gobierno local. Los gobiernos locales hacen parte del Sistema Nacional de Salud teniendo un rol protagónico en el abordaje de la pandemia.



Figura 1: Estructuración del Sistema de Producción Social de la Salud de Costa Rica

Las instituciones más importantes del Sistema Nacional de Salud, especialmente en el contexto de la pandemia, han sido el ministerio de salud y la seguridad social. La misión del Ministerio de Salud es: «dirigir y conducir a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes [...] bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad».

La institución proveedora de servicios de salud es la Caja Costarricense de Seguro Social que presenta actualmente como estructura hospitalaria y de atención: 30 hospitales, 103 áreas de salud y 1014 EBAIS (equipos básicos de atención integral de salud

a nivel territorial). El sistema de salud de Costa Rica presenta una cobertura universal por ley, pero hay un pequeño porcentaje de la población (12%) que no se encuentra cubierta. Sin embargo, en el contexto de la pandemia, todas las personas sospechosas de Covid-19 han recibido atención hospitalaria y acceso a la vacunación.

### **La organización nacional en el marco de la pandemia**

Durante 2020 y 2021, el Ministerio de Salud trabajó junto con la Comisión Nacional de Emergencias para coordinar la respuesta nacional al Covid-19. La Comisión Nacional de Emergencia fue creada en 2006 en virtud de la Ley de Emergencia Nacional (Ley 8488) y se despliega en todos los niveles de gobierno para responder, como su nombre lo indica, a una emergencia crítica.

Los números oficiales del Covid-19 en Costa Rica al 28 de mayo de 2021 fueron 314.102 casos y 3.961 fallecidos. En esta fecha, el sistema de salud costarricense se presentaba en colapso con restricciones importantes en los comercios y en la movilidad de las personas, con una organización de respuesta articulada desde los territorios, con planes de trabajo intersectoriales e interinstitucionales.

### **La experiencia de un territorio: Covid-19 en el cantón de Poás**

El cantón de Poás (provincia de Alajuela) cuenta con un modelo de gestión compartida y una fuerte cooperación entre actores gracias a la iniciativa del gobierno local. El municipio ha trabajado con la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, organizando la respuesta de forma multiescalar y se adaptando a las necesidades locales.

### **Conclusión**

La salud, concebida como un «producto social» en Costa Rica, requiere una movilización general y sobre todo en nivel local. De hecho, las dificultades que surgieron durante la crisis en el país fueron principalmente de orden socioeconómico y de limitaciones en la capacidad instalada en los servicios de salud, en cuyo fortalecimiento y ampliación se invirtió fuertemente desde la seguridad social, permitiendo atender desde la atención primaria hasta el nivel de atención hospitalaria los casos de enfermedad según su nivel de complejidad.

## **5. Grandes retos y oportunidades del sistema de salud en México hacia la cobertura universal**

**MIGUEL A. GONZÁLEZ BLOCK**

Universidad Anáhuac

### **Introducción**

La salud es un componente clave del desarrollo económico y del bienestar social. Conforme la población envejece se acrecientan las necesidades de salud y México no es la excepción. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la violencia son ya las primeras causas de vida saludable perdida dada la mortalidad y la discapacidad que producen. Para su prevención y atención se requieren políticas saludables que incidan en todos los sectores de la vida, además de un sistema de salud centrado en las personas y que responda a sus necesidades. Sin embargo, las políticas de salud y la organización del sistema de salud en México siguen orientadas por un modelo autoritario orientado a la productividad y al control social. El sistema de salud requiere de una reforma de fondo que permita liberar su potencial hacia la prevención y la atención con criterios de equidad,



calidad y eficiencia en un marco de libertad.

En este capítulo analizamos primero la situación financiera y regulatoria del sistema de salud en México. Analizamos después las trayectorias de reforma que se han vivido desde los años 80 cuando se instituyó el Derecho a la salud. Finalizamos con un análisis de alternativas hacia la integración del sistema de salud tomando como referencia la experiencia de los países del sur de Europa, que vivieron al igual que México sistemas de salud autoritarios y supieron transitar hacia su integración bajo la democracia.

## México, un sistema de salud segmentado

El sistema de salud de México está segmentado entre diversos pagadores y proveedores públicos y privados, también está organizado en instituciones públicas nacionales o federales y por proveedores y aseguradores privados (figura 1). La Secretaría de Salud federal (SSa) es el ente rector y coordinador de políticas y programas de salud pública. Coordina, además, el Sistema Nacional de Salud (SNS), una noción promulgada en la Ley General de Salud de 1983 que relaciona a todos los pagadores y proveedores públicos y privados con la SSa a través de diversas modalidades y con diversos grados de autoridad. Los servicios personales de salud son organizados bajo cuatro subsistemas de salud que operan como pilares segmentados: 1) esquemas de seguro social basados en el empleo, ya sea para el sector privado o para el gobierno federal o para algunos

gobiernos estatales, financiados bajo contribuciones obligatorias de empleados, empleadores y del propio Estado, 2) esquemas de atención médica ofrecidos por empresas públicas, por instituciones militares o por gobiernos estatales o municipales financiados mediante partidas de gasto 3) servicios públicos para población al margen de la cobertura de seguros sociales financiados con base en impuestos federal y estatales y 4) un sector privado de proveedores financiados en su mayoría por gasto de bolsillo y en menor medida con seguros privados (González Block et al, 2020).

Principio	Seguros sociales			Salud corporativa		Asistencia (Salud pública)	Práctica liberal
Institución	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatales	PEMEX	Fuerzas armadas	Federación y estados	Empresas, profesionistas
Financiamiento	Contribuciones tripartitas	Contribuciones bipartitas	Contribuciones bipartitas	Presupuesto	Presupuesto	• Impuestos • De bolsillo	• Gasto de bolsillo • Seguro privado
Provisión	• IMSS • Selectivamente, otros públicos y privados	• ISSSTE • SSA y privados selectivamente	• ISSSTE federal o estatal • Privados	• Servicios propios: privados	• Servicios propios	• Gobiernos federales y estatales • IMSS- Bienestar	• Privados • SSA para hospitalización especializada
Cobertura	Trabajadores formales privados	Burecratas federales	Burecratas estatales	Trabajadores	Fuerzas	• Sin seguro (Toda la población)	• Insatisfechos • Sin acceso público
Regulación	Propia	Propia	Propia	Propia	Propia	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud

Figura 1: El sistema de salud está segmentado con base en principios de organización y de grupos ocupacionales

El subsistema de seguro social está dominado por tres instituciones nacionales que cubren a todos los empleados asalariados del sector formal. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre a los empleados del sector privado y el Instituto de Seguridad Social y Servicios para Empleados del Estado (ISSSTE) cubre a los empleados del gobierno federal. En 2020, el IMSS cubría aproximadamente el 51% de la población y el ISSSTE el 7.7% de la población, respectivamente. Tanto el IMSS como el ISSSTE organizan, brindan y regulan servicios de salud –la mayoría propios– a través de organizaciones nacionales. Los gobiernos estatales financian los servicios de salud para sus funcionarios principalmente a través de institutos de seguridad social o mediante acuerdos con el ISSSTE o el IMSS.

La Secretaría de Salud (Ssa) y los gobiernos estatales comparten la responsabilidad de los programas de salud pública para toda la población tales como la vacunación y la promoción de la salud. Sin embargo, los servicios de promoción y prevención son ofrecidos en su mayor parte por cada uno de los esquemas bajo la coordinación de la Ssa. La Ssa y los gobiernos estatales brindan también servicios de salud a la población que carece de protección por seguros sociales y que en su mayoría son pobres, aunque estos servicios pueden ser demandados por cualquiera. Sin embargo, la atención pública a población sin seguro social es compartida por el IMSS, que opera el programa IMSS-Bienestar para cerca de 12 millones de personas en pobreza extrema en 14 entidades federativas, principalmente en áreas

rurales y bajo el financiamiento exclusivo del gobierno federal.

Hasta 2018 la Ssa operó el Seguro Popular, un esquema de protección financiera para la población sin seguro de salud que permitió asemejar el esquema al de los seguros sociales. Para este año, entonces, el 86.4% de la población contaba con un esquema de protección financiera en salud, mientras que el 13.6% de la población, aproximadamente 17.8 millones de personas, habían quedado desprotegidas. A partir de 2019 no es posible cuantificar a la población sin protección financiera toda vez que el gobierno federal canceló el Seguro Popular y pasó a suponer que toda la población tendría acceso gratuito a servicios universales de salud. Cabe remarcar, sin embargo, que aun bajo el Seguro Popular la protección social de toda la población era relativa dada la alta movilidad laboral de la población protegida por el IMSS. En efecto, más de un tercio de esta población – 38% en 2015 – pierde su afiliación al IMSS, principalmente al pasar a laborar en el sector informal de la economía. Esta población debe buscar entonces atención médica en servicios privados o de la Ssa. La pérdida de afiliación al IMSS afecta más a la población con menores ingresos y a las mujeres (Guerra et al., 2018). La pérdida de la afiliación al IMSS no afecta a la misma población año con año y estimamos que en un periodo de tres años sólo el 31.6% de los mexicanos contaron con protección continua por un seguro social, una cifra considerablemente inferior al 51% que reportaron las instituciones en 2020.

El gobierno federal regula a los proveedores y financiadores de la salud, así como a las empresas involucradas en la fabricación, distribución y venta de insumos médicos y farmacéuticos y en seguros de salud privados. La regulación se divide entre la SSA, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y el Consejo General de Salud (CGS), un órgano que depende directamente del presidente. El CGS está a cargo de la acreditación voluntaria de las instalaciones, así como del registro de dispositivos médicos y productos farmacéuticos antes de ser considerados para su inclusión en las listas de insumos básicos de cada institución pública. Dichas listas consisten en productos farmacéuticos y dispositivos médicos considerados necesarios y asequibles por cada institución.

La SSA, por su parte, regula el sistema de salud a través de diversos mecanismos. La Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) es responsable del seguimiento y regulación de productos, proveedores y establecimientos para la salud. Sin embargo, COFEPRIS no tiene autoridad sobre los proveedores y establecimientos de salud de los esquemas de seguro social, que son autorregulados. La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud supervisa la salud pública y coordina las campañas de salud pública en todo el sistema de salud, con autoridad directa sobre los prestadores federales y estatales, pero ejerciendo sólo funciones de coordinación con los esquemas de seguro social. La Secretaría de Salud coordina la formulación e implementación de políticas de salud

con los ministerios de salud estatales y, en menor medida, con las instituciones de seguro social a través del Consejo Nacional de Salud (CNS), un órgano deliberativo sin autoridad vinculante. Por su parte, la CNSF está a cargo de acreditar a las aseguradoras de salud privadas de acuerdo con las leyes generales que prescriben sus obligaciones financieras.

El gasto total en salud en México como porcentaje del PIB se mantuvo entre 5.4 y 5.8% del PIB entre 2010 y 2019, subiendo a 6.2% en 2020, sobre todo debido a la pandemia de COVID-19. El gasto en salud per cápita en México para 2019 fue de 1111 dólares ajustados por capacidad de compra (PPP), más bajo que el promedio de América Latina de USD 1221 PPP (figura 2). En el año 2000 México gastó US \$517.30 PPP en salud per cápita, una cifra que más que se duplicó para 2020, con US \$ 1,197 PPP. El gasto por parte de las instituciones públicas fue de US \$ 606.2 PPA per cápita mientras que el gasto de bolsillo fue de US \$ 487.1 PPA per cápita (OECD, 2021). Con la pandemia de COVID-19 se reportó un incremento de 40% en el gasto de bolsillo debido a la atención de las emergencias combinado con el desabasto de medicamentos producto del cambio en las políticas de compras por parte del gobierno federal. Por otra parte, el gasto difiere mucho entre instituciones siendo que la SSA gasta 65% de la cantidad per cápita que asigna el IMSS. (CIEP, 2021)

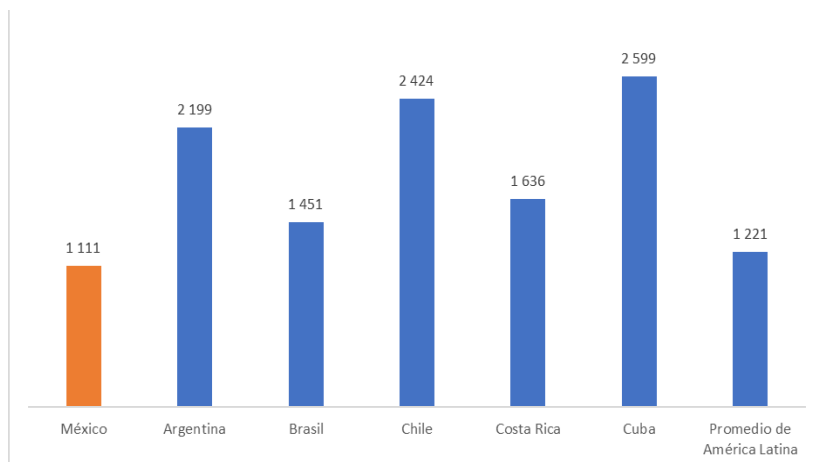


Figura 2: Gasto en salud en México y países selectos de América Latina. Dólares PPP, 2019

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Base de datos global de gasto en salud. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

A pesar de que los proveedores de servicios de salud pública ofrecen una amplia gama de servicios, particularmente entre las instituciones de seguridad social, los problemas surgen con los largos tiempos de espera, la falta de confianza y la falta de disponibilidad de medicamentos obligando a muchos a recurrir a proveedores privados, lo que genera gastos de bolsillo. La probabilidad de que una persona incurra en gastos de bolsillo es alta incluso cuando se dispone de un seguro médico público. Así, hasta 27.7% de las consultas médicas ambulatorias son ofrecidas por médicos privados en consultorios tradicionales y 16.7% en consultorios adyacentes a farmacias, para un total de oferta privada de 44.4% de la atención; en la atención hospitalaria, el 19% de

los internamientos son ofrecidos por el sector privado. (figura 3).

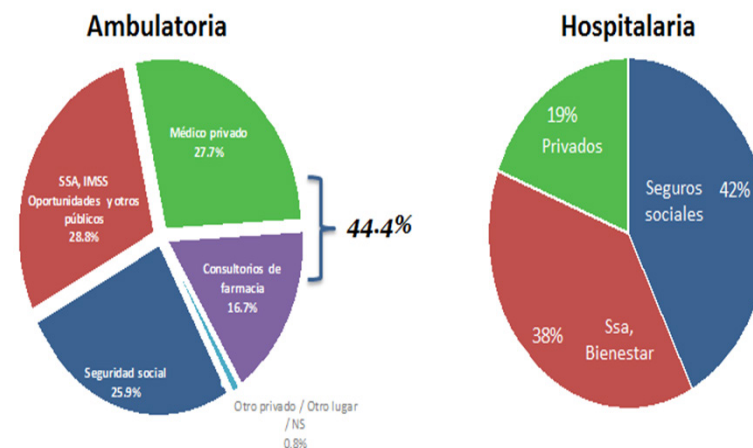


Figura 3: Distribución porcentual de la utilización de servicios según institución

### **Trayectorias de reforma**

El gobierno tiene una larga tradición en la formulación de reformas de salud para coordinar mejor el sistema de salud segmentado mientras se esfuerza por lograr la cobertura universal. Reconociendo las limitaciones del sistema de salud actual de México y particularmente las inequidades creadas por la segmentación, la sociedad civil y el gobierno ahora están pidiendo la integración de las instituciones públicas, aunque aún no existe consenso sobre cómo lograrlo.

Desde 1983, las reformas a la política nacional

de salud han tenido como objetivo integrar mejor el sistema de salud segmentado en un todo más coherente con el objetivo de lograr una mayor equidad y eficiencia para todos los mexicanos. Una reforma constitucional de ese año introdujo un derecho universal a la protección de la salud, pero su capacidad para empoderar a la Secretaría de Salud con la capacidad de influir en las políticas de salud está coartada por la propia Ley General de Salud que le impide el ejercicio de la autoridad dentro de las instituciones de seguro social. El derecho constitucional a la protección de la salud fue implementado por la Ley General de Salud como un conjunto de medidas de coordinación entre las instituciones federales y los estados.

Entre las reformas más importantes para la implementación del derecho constitucional a la salud se encuentra el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular en 2003, que involucró tanto al gobierno federal como a los gobiernos estatales, y la implementación en 2006 de la estrategia de portabilidad y convergencia para promover la coordinación de la prestación de servicios de alta calidad.

Como ya se mencionó, en 2019 desapareció el SPSS, regresándose a la asignación financiera con base en el presupuesto histórico para los prestadores públicos de servicios de salud para la población sin seguro social. El Seguro Popular fue reemplazado por el

Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que habría de asumir la administración de los servicios de salud a cargo de los gobiernos estatales para implementar un programa de atención y medicamentos gratuitos. Sin embargo, el INSABI no fue aceptado por todas las entidades federativas, llevando a la operación dual de los servicios. Por otra parte, el INSABI no pudo implementar la atención gratuita y, por el contrario, se incrementaron los déficits de atención –sobre todo en la atención de alto costo– y el desabasto de medicamentos (Frenk y Gómez Dantés 2022). Ante esta situación el gobierno federal puso en marcha un esquema paralelo de administración de los servicios de salud para población sin seguro social operado ahora por el programa IMSS-Bienestar en las 14 entidades federativas donde opera. No es claro cómo operará el INSABI en estas entidades, ni si el IMSS-Bienestar tendrá la capacidad para asumir la administración del total de servicios de salud, toda vez que su fortaleza radica en la atención de población en áreas rurales con hospitales de baja capacidad.

Hoy en día existe consenso sobre la necesidad de una reforma constitucional que otorgue al Ministerio de Salud mayores poderes para formular políticas en todas las instituciones de salud públicas y privadas y desvincular el acceso a los servicios de salud de la ocupación propia en el mercado laboral. El derecho a la salud está consagrado en la constitución, pero el sistema de salud segmentado del país está lejos de lograr la cobertura universal y las barreras para acceder a una atención oportuna y de alta calidad

siguen siendo importantes

Desde 2000 hasta al menos 2018, la política de salud en México se caracterizó por la búsqueda de la cobertura universal de salud, como lo prometió la reforma constitucional de 1983. Sin embargo, las políticas han buscado la universalización manteniendo el sistema de salud segmentado. La administración del presidente López Obrador (2018-2024) ha prometido integrar el sistema de salud y terminar con la segmentación durante su mandato entre 2018 y 2024. Sin embargo, el sistema de salud enfrenta escasez e inconsistencias en los recursos de salud, problemas que están creciendo en las áreas rurales. La escasez de recursos humanos afecta principalmente a enfermeras y especialistas médicos, así como a los esfuerzos para abordar la promoción y prevención de la salud a través de un enfoque intersectorial. El problema de la falta de médicos especialistas crece debido a los cuellos de botella en la formación, la jubilación anticipada en el sector público y el crecimiento de enfermedades crónicas que demandan cada vez más habilidades especializadas. Los desequilibrios de recursos afectan especialmente a las zonas rurales y las pequeñas ciudades, donde la inseguridad y la falta de infraestructura son problemas constantes.

El objetivo de establecer un sistema nacional de salud universal no cumplió con las expectativas durante el gobierno de Peña Nieto entre 2012 y 2018. El gasto en salud pública per cápita disminuyó

por primera vez en décadas como resultado de reducciones pequeñas pero significativas en la financiación para los no asegurados. El gasto de bolsillo no se ha reducido significativamente, aunque el gasto catastrófico se ha mantenido en los niveles establecidos en administraciones anteriores, en parte a través del Seguro Popular y en parte por el aumento de las consultas médicas privadas de bajo costo y el acceso a medicamentos genéricos. Además, la cobertura del Seguro Popular no se ha expandido significativamente para incluir intervenciones adicionales de alto costo.

Durante la última década, se han puesto en marcha acuerdos de intercambio de servicios de especialidades médicas entre instituciones públicas para aumentar la eficiencia en el despliegue de recursos públicos. Aunque se renovó en los últimos años, su desempeño se mantiene por debajo de lo que podría lograrse mediante un programa verdaderamente universal para brindar acceso sin restricciones a los hospitales públicos, independientemente de la cobertura institucional. La gobernanza segmentada del sistema de salud es quizás el mayor obstáculo para un sistema de salud universal, dado que las instituciones de seguro social operan en gran medida fuera de la regulación de la Secretaría de Salud. Esta situación dificulta el desarrollo de una autoridad reguladora más fuerte capaz de abordar las barreras al acceso y la calidad de la atención.



## **La alternativa hacia la integración del sistema de salud**

Los países del sur de Europa – Portugal, España, Italia y Grecia – así como Brasil y Costa Rica en América Latina pasaron de tener sistemas de salud segmentados, muy similares al caso mexicano, a la integración de sistemas universales de salud. La integración se dio en respuesta a los clamores de la democracia, así como por las severas crisis económicas que afectaron a sus sistemas de salud. Los rasgos clave de la integración fueron la separación de los fondos de previsión en ramos de salud y de pensiones. La integración de los primeros bajo un pagador único, bajo la autoridad de los gobiernos nacionales, la integración de los prestadores propiedad de los esquemas previsionales –con excepciones– bajo la autoridad de los ministerios de salud nacionales y su descentralización a las provincias (salvo el caso de Costa Rica). En la mayoría de estos países también se instauró la autonomía de gestión de los prestadores hospitalarios y su financiamiento se dio con base en el pago por desempeño, estimulando la oferta de servicios a la vez que acotando el gasto con límites impuestos a la demanda vía el copago por servicios (González Block 2021). La experiencia de los países del sur de Europa y de países selectos de América Latina sugiere que México podría estar ya en la coyuntura propicia para la integración del sistema de salud.

En el lado de las fortalezas que podrían

apoyar la integración cabe mencionar un amplio consenso entre intelectuales sobre la necesidad de una integración de los fondos previsionales en torno a un pagador único. La oposición por los sindicatos oficiales disminuyó con el fallecimiento del líder de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) Fidel Velázquez, así como la reducción a menos del 6% el total de los trabajadores sindicalizados en el sector privado. El Seguro Popular, por su parte, fortaleció el segmento del sistema abocado a la cobertura de la población sin seguro social y estuvo cerca de universalizar las prestaciones básicas hacia 2018. El incremento del financiamiento disminuyó las diferencias de gasto per cápita en salud entre población asegurada y no asegurada a sólo 30%, haciendo injustificable la segmentación del gasto público al menos para atención primaria (González Block, 2018).

En el lado de las amenazas que obligarán la integración del sistema de salud están el crecimiento de la economía informal y la creciente flexibilización laboral, así como por la quiebra técnica del IMSS. Más de la mitad de la población económicamente activa se emplea hoy en día en el mercado informal, haciendo imposible que el Instituto aspire a la cobertura universal. Como ya se mencionó, la cobertura del IMSS es en realidad mucho menor de la que se pregona. Por otra parte, el IMSS está crecientemente debilitado por el desfinanciamiento del fondo de pensiones de sus trabajadores, lo que en ausencia de una reforma llevará a una situación catastrófica para 2034 –



cuando más de ellos se jubilarán- al asignar el 63% del gasto operativo a pagar a trabajadores jubilados (González Block, 2018).

En el lado de las debilidades hacia la integración está la creciente centralización administrativa en la Secretaría de Salud, la administración burocrática de la atención a la salud y la descoordinación con el sector privado. Sólo los hospitales de alta especialidad tanto en el IMSS como en la Secretaría de Salud gozan de estatutos de autonomía, aunque aún allí su gestión es controlada estrechamente a nivel central, opacando el rol de los consejos de gobierno. El carácter corporativista de estos en el caso del IMSS -tanto en el Consejo Técnico a nivel nacional como en los consejos de hospital de alta especialidad debilita aun más la gestión al tener un rol marginal en la toma de decisiones (González Block, 2018).

La colaboración entre los pagadores públicos y el sector privado se limita a la compra de insumos, siendo exigua la compra de servicios a lo largo del sector público. Así, hasta la mitad de la atención primaria y una cuarta parte de la hospitalaria que recibe la población es brindada por privados sin coordinación alguna con el gobierno y con una tenue regulación. Ello pese a que la mayoría de los usuarios están afiliados a los esquemas de seguro social o son formalmente cubiertos por servicios de la Secretaría de Salud. Frente a esta situación se evidencia un creciente monopolio de los hospitales privados, así como un incremento en sus precios, reflejados en

pólizas de seguros privados cada vez más costosas y limitadas en su cobertura (González Block, Aldape et al, 2018).

La participación de las profesiones de la salud vía colegios y asociaciones está limitada a la gestión de la acreditación de especialistas, a actividades académicas a la defensa de intereses gremiales y a la asesoría del gobierno vía la Academia Nacional de Medicina, sin formular posturas para superar las limitaciones del sistema de salud, incluso de aquellas que afectan su desarrollo profesional. Por otra parte, la formulación de propuestas de reforma ha sido responsabilidad de órganos del ejecutivo -y nunca del legislativo.

La experiencia de los países del sur de Europa sugiere grandes oportunidades para México. La segmentación es claramente insostenible, tal y como se observó en estos países en sus respectivas coyunturas. Los trabajadores de la salud tienen ante sí un horizonte ya sea de continuado estancamiento y quiebra de sus fondos de pensiones, o bien el de pasar a un siguiente nivel de participación en la formulación y apoyo a reformas de gran calado. Los políticos, por su parte, podrán ver la oportunidad de alianzas estratégicas para apartarse de políticas nacionalistas sin rumbo ni destino y proponer nuevas bases para el bienestar social de todos los mexicanos.

## **Conclusiones**

En conclusión, los países del sur de Europa, así como Brasil, Colombia y Costa Rica en América Latina demuestran que es posible pasar del corporativismo autoritario y la segmentación inequitativa hacia la cobertura universal. La segmentación del sistema de salud significa un obstáculo para alcanzar la cobertura universal a la vez que representa una amenaza al sistema de salud y a la gobernabilidad de México. La política de salud de la administración del presidente López Obrador ha incrementado la segmentación al desaparecer el Seguro Popular e introducir diversos programas inconexos para contender con el deterioro con la pandemia de COVID-19. Es urgente la integración del sistema de salud en torno a un pagador único que permita la apertura del conjunto de prestadores públicos y privados a la prestación de servicios de salud con estándares y un regulador nacional, así como con base en el financiamiento que estimule el desempeño de la más alta calidad.

## **Referencias**

CIEP (2021), Interrupción de los servicios de salud por Covid-19: Implicaciones en el gasto de bolsillo. Ciudad de México, CIEP. <https://ciep.mx/IX9Q>.

Frenk J y Gómez Dantés O, Fracturas en la salud pública. Nexos, Marzo 1, 2022. <https://www.nexos.com.mx/?p=66329>

González Block MA (en prensa), Auge y caída de los sistemas segmentados de salud en el sur de Europa. Similitudes con México y lecciones aprendidas. Revista Nexos.

González Block MA (2018), El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma. Huixquilucan, Universidad Anáhuac. <http://pegaso.anahuac.mx/accesoabierto/publicaciones.php?Accion=Informacion&Palabras=IMSS&Pub=134>

González Block MA, Reyes Morales H, Cahuana Hurtado L, Balandrán A, Méndez A (2020), Health Systems in Transition. Mexico Health System Review. European Observatory of Health Systems and Policies, 2020 22 (2). <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/mexico-health-system-review-2020>.

Guerra, G., Calderón, E., Salgado de Snyder, V.N., Borja Aburto V. H., Martínez Valle A. & González Block, MA (2018), Loss of job-related right to healthcare due to employment turnover: challenges for the Mexican health system. BMC Health Services Research, 18:457. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3283-7>.

OECD health data. (2021). <https://stats.oecd.org/>. Accesado el 9 de noviembre de 2021.

**ENCADRÉ 1: STÉPHANIE SEYDOUX,  
AMBASSADRICE POUR LA SANTÉ MONDIALE, FRANCE**

*TEXTE ÉCRIT PAR SARAH FLEURY*

*Le système de santé français possède un caractère « hospitalo-centré » où l'hôpital incarne une centralité dans plusieurs domaines (formation des professionnels de santé, recherche médicale, pharmacologique, etc.). Cette conception s'appuie sur la volonté d'une prise en charge globale des patients et s'oriente peu à peu vers une « médecine de parcours ». Dans le contexte européen, les collectivités territoriales, plus particulièrement les régions, détiennent de grandes compétences. En témoigne le rôle clef accordé aux Agences Régionales de Santé (ARS) pour appliquer les décisions nationales (prévention, identification, traçage des cas contacts, etc.). Le système français, considéré comme un modèle rayonnant à l'échelle internationale, a été consolidé au 20<sup>e</sup> siècle par un élargissement d'une couverture santé « publique, obligatoire et fondée sur la solidarité » selon l'ambassadrice. Elle rappelle cependant l'impréparation des autorités face à une crise qui a conduit à la saturation des hôpitaux mais insiste en même temps sur la résilience du système français. En effet, il a facilité l'émergence de plusieurs « outils de diagnostic, des produits, des vaccins, des soins à l'hôpital » et autorisé le financement par l'assurance maladie de soins très lourds pour les malades atteints du Covid-19. Le pays entre dans une phase de réduction des contaminations grâce à la vaccination mais la pandémie a entraîné une dégradation de la santé à cause de la déprogrammation de soins au nom d'une priorité accordée aux malades du Covid-19. À cette négligence s'ajoutent la détérioration de la santé mentale et la croissance des violences domestiques. Stéphanie Seydoux questionne la place des femmes qui continuent de subir des discriminations de genre bien qu'elles aient joué un rôle clef dans cette crise.*

*Pour conclure, elle présente deux projets revalorisant leur place dans la santé : le projet d'Académie de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Forum Génération Égalité à Paris organisé en juillet 2021 avec le gouvernement mexicain et ONU Femmes pour aborder cette même thématique.*

## **PARTIE II**

### **Des inégalités révélées par la crise?**



*Revivez le séminaire  
en ligne!*

***Sous la coordination  
de Vera Chiodi***

## 6. Introduction

### VERA CHIODI

Maitresse de conférences en économie, IHEAL CREDA, Université Sorbonne Nouvelle

L'Amérique latine est une région très inégalitaire : inégalités d'accès aux soins ou de protection sociale, d'accès à l'emploi ou même à l'éducation, de conditions de logement, de genre. Parmi les quinze pays les plus inégalitaires au monde, dix se trouvent dans cette région. La pandémie de Covid-19 a accentué et accéléré ce problème. Bien que l'Amérique Latine ne représente que 9% de la population mondiale, la région est surreprésentée lorsqu'il s'agit d'analyser les coûts sanitaires mais aussi économiques de la pandémie. D'un point de vue économique, la chute particulièrement sévère du niveau du produit intérieur brut et du taux de croissance depuis le début de la pandémie fragilise la région qui faisait déjà face à une baisse tendancielle de ces indicateurs depuis 2010-2012. Selon la Banque Mondiale, 2020 sera la première année, depuis 1998, qui verra augmenter le taux de pauvreté dans le monde. La pandémie va ralentir, voire inverser, la tendance de réduction de la pauvreté multidimensionnelle<sup>1</sup> au niveau mondial, et

1. L'indice de pauvreté multidimensionnel inclut les conditions de

ce pour la ramener aux niveaux plus élevés d'il y a trois ou dix ans, selon le scénario envisagé. L'Amérique Latine n'est pas épargnée par ce constat.

La région connaît également une crise sans précédent sur le marché du travail, impactant particulièrement certains segments de la population et amplifiant les écarts existants en matière d'accès à l'emploi et de conditions de travail. Très singulièrement, les pertes d'emploi ne se sont pas entièrement traduites par des transitions vers le chômage, mais plutôt par des sorties de la population active. Ce qui explique que les ajustements à court terme des variables du marché du travail diffèrent des crises précédentes, au cours desquelles, en général, le taux de chômage et l'informalité ont fortement augmenté. Les simulations de l'impact du confinement suite au Covid-19 montrent que l'impact de la crise est fortement asymétrique. Les groupes les plus vulnérables sont les plus impactés : les plus pauvres mais aussi ceux susceptibles de tomber sous le seuil de pauvreté. Les travailleurs indépendants et ceux du secteur informel, les migrants et les populations pauvres des milieux urbains ressentent plus fortement les effets négatifs de la crise. Les sorties de la population active ont été plus fortes chez les femmes et les jeunes (jusqu'à 24 ans). Cela s'explique par leur large présence dans certains secteurs économiques fortement touchés par cette crise, comme le tourisme ou la restauration, et par le taux plus élevé d'emplois

vie comme celles liées au logement, mais aussi des variables qui décrivent le niveau de revenus, d'éducation, du type d'insertion professionnelle et la protection sociale.

informels. D'autre part, l'augmentation du chômage a été proportionnellement plus forte chez les hommes et les adultes. En combinant ces deux dimensions avec le statut socio-économique, les jeunes femmes ayant de faibles revenus sont souvent plus susceptibles de rester en dehors du marché du travail ou de rencontrer de plus grandes difficultés pour accéder à un emploi. Concernant les entreprises, l'impact est plus fort pour les micros et petites entreprises qui ont le plus de risque de fermer. A l'inverse, les moyennes et les plus grandes sont celles qui perdent le moins. Au total, pas moins de 2,7 millions d'entreprises latino-américaines devraient fermer, ce qui entraînerait la perte de 8,5 millions d'emplois.

En ce qui concerne l'impact de la crise sur les enfants, la fermeture des écoles sur de longues périodes, à cause de la pandémie, est une nouveauté dans l'histoire récente. L'impact à long terme sur l'éducation est l'une des principales préoccupations puisque l'investissement dans l'éducation a des effets positifs tant sur l'équité que sur la croissance. L'accès à l'éducation est différencié en fonction du milieu socio-économique des ménages et l'accès asymétrique aux technologies, qui est totalement corrélé au niveau de revenu familial, menace d'accroître les inégalités éducatives chez les enfants. Aussi, la crise sanitaire a induit une augmentation du stress, de la violence et de la pauvreté. L'impact est ici encore fortement asymétrique et affecte particulièrement les enfants issus de familles défavorisées. En conséquence, l'inégalité des chances devrait s'accroître de manière substantielle, malgré les politiques d'atténuation.



La crise sanitaire révèle également la fragilité des acquis sociaux de ladite « vague rose ». En effet, pendant la première décennie du XXI<sup>ème</sup> les pays latino-américains ont globalement réduit leurs niveaux de pauvreté et d'inégalités (et davantage dans les pays plus à gauche), ce qui était inédit dans l'histoire du continent. Par le passé, les périodes de forte croissance ne s'étaient pas accompagnées de plus d'égalité des revenus et du patrimoine. Les gouvernements issus de la « vague rose » mirent en cause, voire revinrent en arrière sur des éléments structurels du programme néolibéral. Plusieurs d'entre eux stoppèrent les privatisations et nationalisèrent, en partie, les ressources naturelles, ainsi que d'autres secteurs de l'économie. Ils ont alors restauré un service public de santé et d'éducation, augmenté les dépenses sociales et lancé des programmes de sécurité sociale. Par exemple, avec les politiques des transferts monétaires conditionnels, l'idée consistait à penser qu'octroyer une aide financière (ou parfois en nature) aux ménages les plus pauvres leur permettrait d'investir dans leur santé et celle de leurs enfants, ainsi que dans l'éducation. A moyen et long terme, plus d'éducation et de santé devraient se traduire par une sortie durable de la pauvreté et une contribution plus importante à la croissance nationale. Mais il s'avère que ces investissements, surtout en matière de santé, furent insuffisants pour limiter la mortalité liée à la pandémie, et pour enclencher la production en local du matériel et des équipements médicaux nécessaires.

En 2021, sur ce dernier point s'ajoutait un autre

volet des inégalités : celle de la distribution des vaccins puisque leur accès était plutôt déterminé par des accords bilatéraux ou par la politique du « premier arrivé-premier servi ». Les inégalités en termes de quantité de vaccins par tête, de délais de production, ainsi que le problème historique du transfert de technologie et de la logistique assombrissent les perspectives de reprises sanitaire et économique rapides dans la région. Cette crise révèle également à nouveau la matrice productive très peu diversifiée de la région, et accentue la dépendance au commerce international.

Un autre enjeu à être exploré est la relation entre la classe moyenne et le contrat social en Amérique latine. Le contrat social fait référence à la combinaison des arrangements explicites et implicites qui déterminent la contribution à l'Etat de chaque groupe et ce qu'il en reçoit par la suite. L'essence du contrat latino-américain à la fin du XX<sup>e</sup> siècle était constitué, pour une grande partie de la région, par des sociétés qui payaient peu d'impôts et de faibles services publics. Les tendances politiques plus récentes des années 2000, récemment évoquées, ont développé des « welfare states » latino-américains moins tronqués mais qui continuaient d'avoir un contrat social fragmenté, avec des classes moyennes (y compris dans les pays émergents) et supérieures s'éloignant du service public et du contact avec les classes plus pauvres en se tournant souvent vers le secteur privé pour des services basiques comme la santé, l'éducation, et même la sécurité. Aujourd'hui, avec la crise, les classes moyennes perdent - en termes

de revenus - relativement plus que les plus pauvres.

Conjointement à la relation négative existante entre la rigueur de la quarantaine et la qualité du système de santé montré par Egidio Luis MIOTTI (page 23), l'incapacité ou la difficulté des pouvoirs publics à faire respecter la politique de confinement par le moyen des contrôles aggrave la situation. Rappelons que la région, suivie par le monde arabe, affiche la confiance interpersonnelle la plus faible du monde, mais aussi la confiance envers les institutions telles que la police, les écoles, la justice, le parlement et la monnaie, la plus basse. Une autre caractéristique de la région a été la mise en place de quarantaine « communautaire » dans les quartiers populaires où les logements le plus souvent inconfortables, notamment en termes d'accès à l'eau courante, et sont caractérisés par une forte sur-occupation qui obligent les habitants à sortir plus souvent dans l'espace public pour accéder aux biens essentiels. Il s'agit d'un confinement qui ne se limite pas au logement, mais qui inclue l'ensemble du quartier ou d'un micro quartier.

Pourtant, des politiques sociales ont été mises en œuvre pendant le Covid-19 avec deux logiques : la première étant d'étendre des programmes existants à des populations qui n'étaient pas encore couvertes, ou créer de nouveaux programmes, la seconde proposant d'augmenter le montant du transfert ou la fréquence du transfert. Ces politiques ont été mises en œuvre dans plusieurs pays et ont ciblé les personnes les plus vulnérables, les travailleurs informels et les indépendants.

Le chemin de la reprise, qui se profile très lentement et certainement avec une récupération asymétrique des secteurs ajoutant davantage de distorsions, pourrait s'accompagner d'un creusement de ces écarts et d'une augmentation des inégalités. A cela s'ajoute un scénario prévoyant une hausse des prix du soja, du cuivre et du pétrole. Au moins neuf pays auront des élections, législatives et présidentielles, d'ici à la fin 2022 inclus dans un contexte sanitaire, économique et social particulièrement tendu.

## **7. América Latina y el Caribe: el impacto de la pandemia del Covid-19 y la necesidad de construir Estados de Bienestar**

**ALBERTO ARENAS DE MESA**

Director de la División de Desarrollo Social, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

*Síntesis realizada por Mady Malheiros Barbeitas y  
Anne Peggy Hellequin*

### **Introducción**

La pandemia ha profundizado ciertos problemas estructurales en América Latina y el Caribe, entre otros factores, dejando al descubierto nudos críticos en salud, educación y cuidados. La región fue una de las más afectadas por el Covid-19 con 29,2% de las muertes registradas en el mundo al 24 mayo 2021. Estas estadísticas desalentadoras se debieron a las características intrínsecas del modelo económico y desarrollo emprendido por los países que se ha caracterizado por una intensa urbanización, el hacinamiento y la falta de acceso a servicios básicos y de protección social para la población en situación de pobreza. Además, después de décadas

de neoliberalismo, los sistemas de salud quedaron fragmentados, sub-financiados y con déficits en recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura.

### **La debilidad de los sistemas de salud y las barreras al acceso a la vacunación en América Latina y el Caribe**

Los sistemas de salud en la región se presentan débiles, lo que representa una importante barrera a la meta de cobertura universal manifestada por la OMS. Además, el desigual acceso a servicios de atención de calidad agravó el impacto de la pandemia sobre todo en los estratos más pobres de la población. En América Latina se observa un alto gasto de bolsillo y un bajo gasto público, de hecho, el promedio de gasto en salud de la región es de 3,7% del PIB, muy por debajo de lo que plantea la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (6% del PIB). Al nivel de infraestructura y de recursos humanos, la disponibilidad de médicos y de enfermeras, así como de camas hospitalarias es en general baja en comparación a los países de la OCDE lo que también acarrió graves dificultades durante la pandemia.

Otro problema que ha contribuido a agravar los impactos del Covid-19 fue el lento y desigual acceso a las vacunas en la región. En realidad, el fuerte acaparamiento internacional de las vacunas y otras restricciones como la logística de distribución, la disponibilidad de insumos críticos y la cobertura de los sistemas de salud llevaron a una vacunación insatisfactoria, con menos de 10% de la población

en 16 países de América Latina y el Caribe que han recibido las dos dosis en abril de 2021.

### **El aumento de la informalidad laboral**

En el ámbito laboral se observaron importantes retrocesos sobre todo debido a la informalidad laboral. Los trabajadores informales fueron empujados a niveles de pobreza y de extrema pobreza por falta de medidas de protección social. Además, la injusta división sexual del trabajo y de la organización social del cuidado llevaron a un retroceso de una década en términos de inclusión laboral de las mujeres.

La tasa de desocupación regional se ubicó en 10,7% en 2020, un incremento de 2,6 puntos porcentuales respecto del valor registrado en 2019 (8,1%). Vale resaltar que hubo una importante salida de mujeres de la fuerza de trabajo. En 2020, de los ocupados en Latinoamérica, solo el 21,3% pudieron llevar a cabo el trabajo a distancia lo que lleva a la hipótesis de que los otros o perdieron su ocupación, o cambiaron de función o fueron demasiado expuestos a la transmisión por el virus.

En el ámbito de la educación, la pandemia ha afectado a 167 millones de estudiantes por el cierre de centros educativos. Los de estratos más bajos sufrieron mayores barreras para estudiar en línea, agrandando aún más las brechas sociales que existían antes de la pandemia.

## **La amplificación de la pobreza**

Las transferencias de emergencia contribuyeron a frenar el deterioro de la pobreza, pero no pudieron contenerla del todo. Las estadísticas confirman que los niveles de pobreza pasaron de 30,5% en 2019 a 37,2% en 2020, en números absolutos eso significa unos 230 millones de personas en el nivel de pobreza en América latina y Caribe. Sin embargo, después de las transferencias de emergencia este nivel bajó a 33,7% o a 209 millones de personas. El nivel de pobreza extrema pasó de 11,3% a 15,8% en 2020. Después de las transferencias este bajó a 12,5%, lo que representa en números absolutos 78 millones de personas viviendo en nivel de extrema pobreza en 2020. Estos números indican un retroceso de 12 y de 20 años, respectivamente en medidas de combate a pobreza y a pobreza extrema. Al final, a pesar de las transferencias anunciadas por los gobiernos, el índice de Gini empeoró en 2,9%, es decir que se ampliaron las desigualdades y la pobreza en la región.

## **Un nuevo contrato social para reducir las desigualdades de salud**

Las recomendaciones se dirigen hacia el desarrollo de políticas intersectoriales y el fortalecimiento de los sistemas de salud con énfasis en la atención primaria. En especial, la crisis del Covid-19 es un llamado para avanzar hacia un Estado de bienestar social. En este contexto, nuevos pactos

sociales y fiscales o políticas basadas en el diálogo amplio y participativo promoverían la redistribución de los recursos y de las oportunidades, así como el reconocimiento de identidades y de derechos.

En realidad, ha existido «un falso dilema entre economía y salud», la pandemia ha demostrado que el sector económico depende principalmente de la salud de la población. Así, la construcción de un Estado de bienestar, la cobertura sanitaria universal que proporcione atención primaria, la creación de un nuevo contrato social y las reformas fiscales serían los requisitos necesarios para reducir las desigualdades.

## **8. Responding to the Covid-19 social crisis: cash transfer in Latin America**

**MERIKE BLOFIELD**

Director of the Institute for Latin American Studies, German  
Institute for Global and Regional Studies

*Summary by Mady Malheiros Barbeitas*

### **Introduction: the pandemic economic toll in Latin America**

Latin America has been particularly hit by Covid-19. The context of high inequality, labor informality and very high level of urbanization put the region in difficult conditions to contain the spread of the disease. On top of this, we observe problems related to a dualistic public health system. Thus, the economic toll has been particularly high in this region. This paper summarizes the main results of a study authored by Merike Blofield et al. for the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)/ UN<sup>1</sup>. This study analyzed the social

1. M. Blofield, C. Giamb Bruno and F. Filgueira, “Policy expansion in compressed time: assessing the speed, breadth and sufficiency of post-COVID-19 social protection measures in 10 Latin American countries”, Social Policy series, No. 235 (LC/TS.2020/112),

protection responses of ten Latin American countries in three dimensions: speed, breadth, and sufficiency. Even if some measures such as in-kind food assistance were deployed to protect households' access to basic needs, the analysis focuses on cash transfers programs put in place by governments from mid-March to end of July 2020.

### **Social vulnerability: children and poverty**

Even if elderly people were more at risk epidemiologically during the Covid-19 pandemic, children in Latin America have been especially vulnerable from a social and economic point of view. In fact, poverty is highly concentrated in children; almost half of children in Latin America already lived in poverty before the pandemic. Thus, the analysis paid particular attention to households with children.

### **Social protection responses**

When the pandemic hit, one of the key measures to control the spread of the disease was to ask families to take shelter in their homes. Lockdowns of varying strictness were established, with significant economic consequences for households without savings. Latin American governments in attempt to respond to households' urgent needs have taken over to ensure social protections to the households that have lost their income during the pandemic.

Santiago, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), 2020.

However, with the high levels of inequality and informality that exist in the region, governments in Latin America faced the challenge of reaching three distinct groups: first, those included in traditional contributory social security systems; second, those included in non-contributory social security schemes; and third, those in-between, most of whom support themselves and their households via work in the informal sector, called "informal households" in the study.

The study created comparative measures for the three groups of households, looking at the national cash transfer programs targeted to group 2 and the new ones created in response to the pandemic, to reach informal households (group 3).

### **Cash transfer to families with children through existing social protection programs**

By the end of March, 2020, seven out of the ten Latin American governments had pledged additional cash assistance to households in existing non-contributory cash transfer programs. Given that these households were already part of government databases and regularly received cash transfers, delivery to these recipients was relatively rapid and uncomplicated. Brazil and Chile increased the sufficiency of cash transfers to enable households to meet their basic needs. Costa Rica, Ecuador and Mexico did not increase the sufficiency of transfers to recipients in existing cash transfer programs.



## **New cash transfers toward informal workers and households**

By the end of April, nine out of ten governments (some already in late March) had also pledged some form of income assistance to the broad sector of informal households, whose labor or other private income had collapsed due to the pandemic. Of these nine, seven established more inclusive, ‘demand driven’ mechanisms where individuals who had lost their income could self-identify and apply (although they would still be evaluated by a government agency). Two –Ecuador and Colombia– maintained restrictive eligibility criteria that did not allow individuals to apply, and Mexico did not institute a national-level cash transfer program toward this group at all.

## **Conclusion**

The analysis shows massive variation on social protection efforts during the first four months of the pandemic<sup>2</sup>. Poverty certainly increased in the Latin American region but the intervening role of cash transfer programs was crucial. For example, in Mexico, where the government did not institute new national-level cash transfer programs in response to the pandemic, a UNICEF-sponsored survey in August 2020 found that 80% of Mexican households with children were not meeting basic nutritional requirements. In contrast, in Brazil the cash transfers

helped reduce extreme poverty to the lowest level in recorded history, during the time they were in effect.

2. The report for ECLAC analyzes the first four months and is published in sept 2020.

## **9. Desigualdades de género reveladas por la pandemia y aquellas que afectan a las personas con capacidades diferentes en América latina y el Caribe**

**ANNA BARRERA VIVERO**

Fundación EU-LAC

### **Introducción**

En una época de interdependencias múltiples globales, la pandemia del Covid-19 evidenció de forma inédita la vulnerabilidad individual y colectiva frente a un virus, con graves impactos sociales económicos y políticos. La pandemia profundizó las desigualdades estructurales en América Latina y en el Caribe, sobre todo las que se manifiestan en nudos críticos como el acceso a los servicios básicos de educación, salud pública y protección social, así como una vivienda digna, un trabajo decente y la inclusión digital.

Sin embargo, estas desigualdades también se manifiestan en rostros humanos concretos: Si diferenciamos entre los grupos de la población, podemos constatar que la pandemia ha afectado de manera desproporcional a las mujeres, a la infancia

y adolescencia, a la población de tercera edad, y a personas con capacidades diferentes. También afecto a las comunidades indígenas y afrodescendientes, migrantes, la población que vive en áreas rurales, en barrios urbanos periféricos, y personas en situación de pobreza o pobreza extrema. En la mayoría de los casos, la vulnerabilidad se potencializa cuando se cruza con otros factores de desventaja, implicando un agravamiento de la exclusión y de la discriminación.

### **Impacto de la pandemia desde la perspectiva de género**

El informe reciente de ONU Mujeres (2021) *“From Insights to Action: Gender Equality in the wake of Covid-19”* advierte que “la pandemia, empujará a 96 millones de personas a la pobreza extrema en 2021, de las cuales 47 millones serán mujeres y niñas. La lucha contra la pobreza no recuperará las tasas anteriores a la pandemia hasta el año 2030, en un contexto marcado por los vínculos entre un mercado laboral segregado y muy precarizado, con bajos ingresos económicos, que limita las posibilidades de vida de las mujeres y también su capacidad de hacer frente con mayores garantías a la enfermedad”.

Las mujeres representan el 70 por ciento de la fuerza laboral en el sector de salud y social en el mundo (personal médico, enfermeras, cuidado de personas dependientes y ancianas). De igual forma, las mujeres se han desempeñado mayoritariamente en los servicios que durante la pandemia han sido considerados “esenciales”, como el personal de

caja en los almacenes, el personal de limpieza, la ayuda doméstica. Por ello, las mujeres han sido más expuestas al virus y al riesgo de contagiarse. Las medidas de cuarentena han perjudicado a los sectores de la economía en los cuales la fuerza de trabajo es tradicionalmente y mayoritariamente femenina como, por ejemplo, el cuidado infantil, el comercio minorista, el sector hotelero y el turismo. A eso se suma el hecho de que muchas mujeres trabajan a tiempo parcial, y que representan una parte sustancial de los empleos sumergidos en la economía informal, por lo que cuentan con menos derechos laborales y carecen de seguridad social. Además, son ellas quienes se suelen ocupar del cuidado de la familia, - una tarea que aumentó con el cierre de las escuelas y los colegios. Estudios señalan un mayor riesgo de pérdida de ingresos y del empleo formal en mujeres, y un aumento en la precariedad de la economía informal, combinado con una sobrecarga de trabajo doméstico, educativo y de cuidado y no remunerado en los hogares (OIT, 2020; CEPAL 2021).

Probablemente, la consecuencia más devastadora del confinamiento ha sido el aumento del número de casos (reportados o no) y la intensidad de los episodios de violencia sexual, física y psicológica infligida, muchas veces, por la pareja. En este proceso influye el menor contacto con personas fuera del hogar, el aumento de horas de convivencia con el agresor y la tensión intrafamiliar derivada, por ejemplo, del deterioro socioeconómico de los hogares. La posibilidad de reportar agresiones y

recibir protección durante la cuarentena se ha visto reducida por el aislamiento (ONU Mujeres 2020).

Cabe mencionar que, con el aumento del uso del internet y de los teléfonos móviles durante la pandemia, se ha evidenciado también un aumento de violencia de género en línea y abuso sexual de niños y niñas. Esto incluye ciberacoso (recibir mensajes o videos no deseados, ofensivos, sexualmente explícitos, o pornográficos vía SMS, correos electrónicos, chats virtuales, medios sociales o durante videoconferencias). Según un informe de la Relatora Especial sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños (2020), mientras que el confinamiento de los niños y de las niñas en edad escolar ha sido utilizado por algunos como oportunidad para exponerlos a situaciones de abuso y explotación, la actividad de los que buscan material de abuso de menores ha venido en aumento.

Las medidas de confinamiento en viviendas familiares de condiciones precarias, junto con el aumento de la tensión intrafamiliar y el desigual reparto de las cargas de trabajo, también han agravado la situación de la salud mental de muchas mujeres.

El desigual acceso a internet y a las nuevas tecnologías ha irrumpido con fuerza durante la pandemia, aumentando notablemente las brechas digitales que existen en las relaciones de género y en otros grupos de la población. Según el Mobile Gender Gap Report 2021 (GSMA 2021), las mujeres en América Latina tienen un 7 por ciento menos de probabilidad

de tener un teléfono móvil y 30 millones de mujeres no tienen acceso a teléfonos móviles – un recurso clave considerando que los teléfonos pueden brindar acceso a la seguridad, a la educación e información, a los sistemas de protección, a las transferencias bancarias, etc.

Para evidenciar algunos de estos aspectos referidos anteriormente y vincularlos con experiencias y vivencias concretas en el contexto del primer año y medio de la pandemia, la autora solicitó algunas mujeres de América Latina a compartir sus testimonios, algunos de los cuales se presentan aquí:

#### Testimonio de María, Nicaragua

*“Mi hermana murió el 11 de abril del 2020, padecía de diabetes, sobrevivía con su medicamento, que ella misma lo asumía como podía, vivía de una pequeña venta en un barrio periférico. Su muerte fue de repente. Nos dijeron que murió por estado de shock, esto que se sube el azúcar al máximo. Realizaron exámenes de sangre y de PCR, pero no nos dieron ningún resultado. Poca gente nos acompañó en el entierro. Fue muy difícil. (...) En un momento yo presenté síntomas y hasta hoy no sé, si era o no era coronavirus, porque hacerse una prueba de PCR es cara y tienes que viajar a Managua para hacértela, lo que es contradictorio con las mismas medidas de confinamiento. Te sientes sola con tus dificultades y eso también empeora tu salud. Hay mucha gente que se automedica y pone en peligro su salud. (...) En estos momentos hay un rebrote de la pandemia, y los hospitales están por colapsar. (...) El personal de salud no da abasto, cada sala tiene 2 enfermeras para atender 50 pacientes y no tienen los equipos necesarios de protección. Algunas enfermeras han tenido que comprarse su propias batas, gorros, guantes y mascarillas. (...) Hubo un bombardeo de información, unos decían una cosa,*

otros otra, esto sirve, esto no, etc. - nos confundían. Empezamos a cuidarnos por nuestra cuenta. Buscamos información directa de la OMS, pero también acudimos a sabidurías ancestrales. Observamos y compartíamos lo que mejor funcionaba. (...) Intento cuidar de mi salud emocional también, calmarnos, mantenernos serenas, intentar comprender lo que pasa para no desbordarme y poder apoyar a otras personas que necesitan un acompañamiento.”

### Testimonio de Ana Patricia, Colombia

“Soy la representante legal de la Asociación Afrotoluca de Tolu. En el año 1991 falleció mi compañero en un accidente, de ese compromiso quedé embarazada y saqué adelante a mi hijo con esfuerzo y sacrificio, estudié en una escuela de liderazgo y empecé a liderar la comunidad, después participe en la red de mujeres del Departamento de Sucre, y me capacité en diferentes espacios para poder tener conocimiento de los procesos y hacer parte de las diferentes mesas de trabajo y escenarios públicos. (...) En el año 2018 fallece mi único hijo dónde mi vida da un cambio y un giro sin parar. (...) Al llegar esta pandemia, la alcaldía dictó medidas de confinamiento. Solo podíamos salir el día que nos tocaba el último dígito de la cédula, todo era restringido. (...) No hemos podido trabajar, nuestro municipio es turístico y vivimos de las temporadas para poder ganar el sustento de cada día. (...) Anteriormente comprábamos un huevo en \$200 - hoy vale \$500, una libra de arroz \$1.000 - hoy \$2000, azúcar la libra \$1.500 - hoy \$2.500, el litro de aceite \$10.000 - hoy \$18.000. (...) Los servicios públicos cuestan y sin empleo - como los vamos a cancelar? (...) Dependo hoy día de mi misma y lo poco o mucho que la familia me ayuda. En pandemia juntamos fuerzas y logramos vender mangos, guanabana, postres, enyucao, caramañolas de yuca, torta. Hoy con el rebrote del virus ya las ventas no son iguales y solamente contamos con clientes virtuales a domicilio cuando lo pidan.”

### Testimonio de Cristiane, Brasil

“Soy madre de familia. Durante este año y medio de pandemia, se nos quitó el suelo debajo de los pies, la vida está siendo difícil, me siento como un pez fuera del agua, con poco trabajo, pero aun así consigo sobrevivir. Tengo una considerable cantidad de deudas porque hay ancianos enfermos en la familia a los que tenemos que ayudar y ahora es más difícil, me siento con los pies y las manos atadas. (...) Hasta hoy son complicados los desplazamientos y se me hace difícil ver a los parientes solo desde lejos. Si alguien se enferma, nunca consigue la medicina gratis en el centro de salud. (...) Salgo de casa todos los días para trabajar, salir a buscar comida para la familia, no siempre se consigue. Sería necesario aumentar el salario mínimo para los trabajadores de bajos ingresos, porque trabajamos solo para pagar las facturas del alquiler, la electricidad, los alimentos; no gastamos en nada más allá de esto, y hasta el comer se nos hace difícil.”

### **Personas con capacidades diferentes**

En casi toda la región de América Latina y el Caribe, la población con capacidades diferentes se encuentra entre los quintiles más pobres, y depende de sus familias, sus redes comunitarios u organizaciones de la sociedad civil para satisfacer sus necesidades elementales, los cuidados básicos, para afrontar gastos para la asistencia personal o gastos en materia de salud. Los avances en el establecimiento de instituciones estatales que garanticen el goce de derechos y el acceso a la protección social a personas con discapacidad son aún incipientes en la región (Huet García 2019).

Con la reserva de que la colección de datos sobre la población con capacidades diferentes aún

enfrenta limitaciones considerables, estimaciones señalan que alrededor de un 12,6% de la población total de la región vive con alguna discapacidad. Alrededor de 8 millones de niños y niñas menores de 14 años, y 6.5 millones de adolescentes entre 14 y 19 años en América Latina y el Caribe tienen una discapacidad. Ya antes de la pandemia, el acceso a la educación de este segmento de la población joven en la región ha sido sumamente dificultado, considerando que aproximadamente 7 de cada 10 niños y niñas con discapacidad no tenían acceso a educación (Huete García 2019; UNICEF 2019).

De igual forma, la inserción laboral de las personas con capacidades diferentes ha sido condicionada por factores del entorno, como, por ejemplo, la accesibilidad al transporte, la disponibilidad de ajustes razonables en los lugares de trabajo, la persistencia de estereotipos negativos, entre otros. A esto se suma la limitada formación y cualificación técnica de las personas con capacidades diferentes, pero a veces también condicionada a las bajas expectativas de sus entornos familiares y sociales. Por ende, la población con discapacidad no solo ha experimentado elevadas tasas de desempleo, sino también a menudo ha sido receptora de pensiones o transferencias monetarias, las cuales tienden a ser bajas. En ello, vale la pena recordar que los registros y procesos para certificar que una persona tiene una discapacidad – precondition para acceder a apoyos estatales – son complicados (Meresman y Ullmann 2020).

En el contexto de la pandemia, las medidas sanitarias han significado unos obstáculos considerables para la población con discapacidad, valiendo la pena destacar:

- el acceso a medidas básicas de higiene;
- las dificultades para mantener el distanciamiento físico debido a la necesidad de apoyos,;
- la necesidad de tocar cosas para obtener información del entorno, especialmente para personas con discapacidad visual;
- el uso de mascarillas que implica limitaciones de comunicación, particularmente para personas sordas;
- los obstáculos para acceder a la información de salud pública;

No obstante, al menos dos medidas de accesibilidad a información han sido implementadas por la mayoría de los países en la región. Primero, los reportes epidemiológicos oficiales realizados desde el inicio de la pandemia, principalmente a través de reportes televisivos, incluyeron muchas veces la interpretación en lengua de señas y versiones simplificadas y con componentes iconográficos. Segundo, las campañas que aportaron información preventiva sobre la transmisión del Covid-19 y promovieron las medidas básicas de higiene, distanciamiento social y cuarentena, fueron

comunicadas en diversos medios (televisión, radio, Internet, comunicación ambulante y prensa escrita) y modalidades accesibles (ej., lengua de señas) (Meresman y Ullmann 2020).

Debido al cierre de escuelas, la continuidad educativa de los niños, las niñas y adolescentes con discapacidad se vio fuertemente afectada (al igual que la de toda la población escolar). Se evidenciaron muy altas barreras para acceder a las ofertas de aprendizaje a distancia provocadas, por ejemplo, por la falta de acceso a Internet y a equipos de computación en los hogares. Se evidenció, además, la escasez de materiales educativos accesibles, de metodologías pedagógicas adecuadas y de adaptaciones curriculares.

En lo que se refiere a la salud, las personas con capacidades diferentes se han enfrentado a un empeoramiento en su acceso a: servicios y medicinas, a la atención ambulatoria y a las terapias de rehabilitación. También se limitó la disponibilidad de consultoría y servicios de salud reproductiva para adolescentes y mujeres con discapacidad. Al igual que la población en general, la provisión de servicios alternativos de apoyo y atención (consulta vía telemedicina; atención en línea de urgencias en salud mental, etc.) fue apenas incipiente. Otros cuellos de botella se observaron en la escasa provisión de asistencia a personas con discapacidad que se infectaron con el coronavirus, y también la discontinuidad de servicios de asistencia cuando se enfermaban las/los proveedoras/es de cuidados.

En el contexto de la pandemia, muchas personas con capacidades diferentes perdieron su fuente de ingreso dado los cierres y despidos de personal en empresas, instituciones o la imposibilidad de continuar desempeñando un trabajo informal. Por otro lado, durante la pandemia, entre empresas inclusivas se pudo observar una tendencia de facilitar el teletrabajo para sus empleados/as. Sin embargo, para que esto sea posible, las personas con discapacidad tendrían que contar con las tecnologías necesarias y sus funciones laborales deberían ser compatibles con el teletrabajo, lo cual no siempre es factible. Para evitar la pérdida de fuentes de ingresos y la disminución de actividad laboral, algunos gobiernos en América Latina y el Caribe desarrollaron medidas y herramientas que van desde subsidios mensuales para los salarios de personas con discapacidad hasta prohibiciones para empresas o instituciones de despedir a personas con discapacidad.

Finalmente, tras la pandemia, las medidas de confinamiento, la cancelación de servicios y el cierre de instituciones educativas y laborales, se incrementó también el riesgo de estar expuesto a la violencia doméstica para niñas y niños y las mujeres con capacidades diferentes, al igual que para las personas que cuidan de personas dependientes con discapacidades (Meresman y Ullmann 2020).

Al igual que en el caso de las mujeres, la autora solicitó algunas personas con discapacidad y sus familiares a compartir sus testimonios, los cuales pueden dar cuenta de las realidades vividas durante



el primer año y medio de la pandemia:

Testimonio Roxana, madre de un hijo con autismo, Lima, Perú

“En esta pandemia me sentí con miedo y preocupación de contagiarme, o que un familiar como mi mamá o papá y mi esposo se contagien del virus. También sentí angustia por el tema económico. La situación se nos complicaba porque mi esposo en el trabajo lo pusieron en suspensión por varios meses y no le pagaban nada. Me preocupaba ver de qué manera podía seguir avanzando mi hijo desde casa. A pocas semanas después del brote de la pandemia, la organización Aynimundo ofreció ayuda a mi hijo a través de las terapias virtuales. Yo también estuve averiguando por mi parte por medio de internet que actividades podía realizar con él en casa para que se distraiga ya que tiene 7 años. La organización Aynimundo también acompañaba a nosotros como padres en el tema de superar los miedos y saber cómo sobrellevar la situación de la pandemia a través de los webinars. Y por unos meses recibimos unas canastas con víveres que fueron de muchísimo apoyo. Las autoridades podrían ofrecer mayor atención virtual tanto para adultos como para niños con discapacidades, en el tema de consultas médicas. En educación se podrían realizar talleres virtuales para los niños con discapacidad como el autismo a Asperger, y también capacitaciones de habilidades sociales para que puedan interactuar con más niños de forma regular.”

Testimonio Gilmer, Cajamarca, Perú

“Mi nombre es Gilmer. Tengo 13 años, casi 14. Soy sordo y tengo un poquito de retardo mental también. Mi casa es casi a tres horas de la ciudad de Cajamarca. Es muy lejos en las montañas. En la casa cultivamos papas y tenemos animales, unas vacas. Vivo con mi mamá, mi tía y mi abuelo. Mi mamá no sabe leer, mi tía un poquito, mi abuelo es analfabeto también. No hay electricidad en mi casa, nos levantamos cuando amanece el sol y nos vamos

a dormir cuando baja el sol. Para asistir a la escuela primaria mi mamá alquiló un cuarto más cerca de la ciudad. Durante los 6 años de la primaria hemos venido cada semana a la ciudad, cada vez casi 2 horas de viaje, 1 hora de ida, 1 hora de vuelta. Íbamos a unas clases de señas para niños sordos de la Asociación Holanda. Sordos pueden hablar con sus manos. Aprendí a hablar bien con mis manos. El profesor Pedro, que también es sordo, vino cada semana a mi escuela, para apoyarme. En febrero del año 2020 iba a ir al colegio secundario en la ciudad, solo los fines de semana íbamos a nuestra casa para ver los animales. Un cambio grande. Pero después del primer día el colegio cerró por el coronavirus. Hasta ahora está cerrado mi colegio, ya es más de un año. Regresamos a mi querida casa y he apoyado a cuidar los animales y sembrar y cosechar las papas. Olvidé muchas señas para hablar o estudiar. No me he ido al colegio, no tenemos luz, no hay internet, no tengo computadora. Todo es virtual, eso no funciona en mi caso. Y ya estoy en el segundo año de secundario, pero en el primer año no aprendí nada.

Recién nos hemos puesto de acuerdo con el colegio y con la Asociación. Para este año tendré un intérprete de la Asociación y un alumno sordo que el año pasado terminó su secundario en el mismo colegio. Ellos me van a apoyar a estudiar con un celular, de manera virtual se llama. Mi mamá va a comprar este celular del subsidio que ella recibió del gobierno. Estoy muy curioso si eso va a funcionar. Me gustaría aprender algo más de matemáticas y de señas. Mucho extraño las clases de cada semana con los otros niños sordos, eran muy divertidas y aprendí mucho. Ojalá que este año sea mejor que el año pasado.”

## Conclusiones

La agudización de estas desigualdades en materia de género y de otras formas de vulnerabilidad supone un importante retroceso sobre los avances de las últimas décadas en cuanto a los derechos humanos y colectivos conquistados, los avances en la

educación, la inclusión social y laboral, la protección contra la violencia de género, entre otros.

A pesar de trabajar en primera línea del sistema de cuidados, las mujeres están infrarrepresentadas en las posiciones de toma de decisión, bien sea a nivel de parlamentos, bien sea en posiciones ministeriales y de gobierno, bien sea en gremios de decisión de organismos internacionales. Lo mismo ocurre en el caso de otras poblaciones vulnerables, como personas con discapacidad y de sus familiares, la población indígena, afrodescendiente, migrante, anciana.

Siguiendo el principio de “nada acerca de nosotros sin nosotros”, se recomienda, por ende, la construcción de espacios de consulta y participación de las mujeres, personas con capacidades diferentes y otros grupos en situación de vulnerabilidad y sus organizaciones, tanto en el marco de la pandemia actual, como en general, para facilitar la articulación de sus necesidades y sus propuestas. Para ello, se requiere crear estas instancias de participación y dotarlas con un presupuesto, avanzando así hacia nuevas culturas institucionales y estrategias de implementación basadas en activos sociales que acompañen los procesos de cambio.

También se recomienda incrementar el apoyo – por ejemplo a través de programas de Cooperación al Desarrollo – a las organizaciones propias de las mujeres, de las personas con discapacidad, y de otros grupos vulnerables, así como las organizaciones de la sociedad civil que desde hace mucho tiempo vienen

asistiendo y brindando servicios esenciales a estos grupos. Varias de estas organizaciones conocen de cerca la situación, y en el contexto de la pandemia desarrollaron prácticas de gran utilidad y efectividad, desde ayuda en alimentación y suministros básicos (medicamentos, productos de higiene); la sensibilización, el acceso a la información, el apoyo en enseñanza escolar, asistencia en tramites, apoyo socioemocional y logístico.

Las medidas que se toman para atender la pandemia deberían dar la atención debida a las personas en situaciones de riesgo de negligencia, restricción, aislamiento o abandono, así como apuntar a una ampliación de servicios de atención y de protección para personas que sufren violencia.

Una recuperación de la pandemia requiere unas transformaciones profundas que apuntan a la igualdad y a la sustentabilidad, no olvidándonos del compromiso de los países con las convenciones de derechos humanos y colectivos ratificados y la premisa de no dejar a nadie atrás, proclamada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

\*La autora quiere expresar su profundo agradecimiento a los y las interlocutores de las siguientes organizaciones de la sociedad civil quienes facilitaron el contacto con varias personas y quienes ofrecieron su testimonio para fines de la presentación en el Coloquio Internacional IdA, Fundación EU-LAC y AFD “Sociedades, Crisis y Salud Pública en Europa y en América Latina y el Caribe (31 de mayo-2 de junio 2021) y en la presente publicación: Asociación Holanda (<https://asociacionholanda.org.pe>), Aynimundo (<https://>

www.aynimundo.org), ReCivitas (<https://www.recivitas.org>), Rempaz (<https://www.rempaz.org>). De igual forma, la autora desea reconocer los importantes insumos de Leire Pajín, Presidenta de la Fundación EU-LAC, para esta presentación.

## **Bibliografía**

CEPAL (2021), La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. Informe Especial COVID-19. Consultado en [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46633/5/S2000740\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46633/5/S2000740_es.pdf)

GSMA (2021), Connected Women. Mobile Gender Gap Report 2021. Consultado en <https://www.gsma.com/r/wp-content/uploads/2021/07/The-Mobile-Gender-Gap-Report-2021.pdf>

Huete García Agustín (2019), Autonomía e Inclusión de las Personas con Discapacidad en el ámbito de Protección Social. Resumen de Políticas del BID 305. Washington D.C.: BID. Consultado en [file:///Users/office29/Downloads/Autonom%C3%ADa\\_e\\_Inclusi%C3%B3n\\_de\\_las\\_Personas\\_con\\_Discapacidad\\_en\\_el\\_%C3%A1mbito\\_de\\_Protecci%C3%B3n\\_Social\\_es\\_es.pdf](file:///Users/office29/Downloads/Autonom%C3%ADa_e_Inclusi%C3%B3n_de_las_Personas_con_Discapacidad_en_el_%C3%A1mbito_de_Protecci%C3%B3n_Social_es_es.pdf)

Meresman Sergio y Ullmann Heidi (2020), COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina. Mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana. Serie Políticas Sociales 237. Santiago: CEPAL. Consultado en [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46278/1/S2000645\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46278/1/S2000645_es.pdf)

OIT (2020), La COVID-19 y el mundo de trabajo. Quinta edición. Estimaciones actualizadas y análisis. Consultado en <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/>

[documents/briefingnote/wcms\\_749470.pdf](#)

ONU Mujeres (2020), Prevención de la Violencia contra las mujeres frente a COVID-19 en América Latina y el Caribe. Brief v.1.1. 23.04.2020. Consultado en <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/brief%20espanolfinal.pdf?la=es&vs=3745>

Special Rapporteur on trafficking in persons, especially women and children (2021), The impact and consequences of the COVID-19 pandemic on trafficked and exploited persons. COVID-19 Position Paper. Consultado en <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Trafficking/COVID-19-Impact-trafficking.pdf>

UNICEF (2019), Notas de orientación programática sobre niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Panamá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Consultado en <https://www.unicef.org/lac/media/6551/file/PDF%20publicaci%C3%B3n%20Notas%20de%20orientaci%C3%B3n%20program%C3%A1tica%20sobre%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20con%20discapacidad.pdf>

UN Women (2021), From Insights to Action: Gender Equality in the wake of COVID-19. Consultado en <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>

## Encadré 2: Quiterie PINCENT

### Directrice de l'Agence Française de Développement de Cuba

*Texte écrit par Sarah Fleury*

Cette présentation traite du rôle de l'AFD dans la santé à Cuba en présentant d'abord le modèle cubain, les défis auxquels le pays est confronté ainsi que les réponses apportées par l'organisme français. L'intervenante rappelle que le gouvernement cubain prônant la « Santé pour tous » est à l'origine d'une politique volontariste depuis la révolution en 1959. En témoignent l'investissement de 11% du PIB dans ce secteur en 2020, l'accès facile aux soins primaires et le rayonnement international de l'industrie pharmaceutique. Cependant, le système de santé cubain rencontre des obstacles historiques liés à la chute de l'URSS et actuels : l'embargo des États-Unis empêche l'approvisionnement du pays en équipements médicaux. Les décès liés au Covid-19 ne s'élevaient « qu'à » 943 à la fin mai 2021 pour 140 000 contaminations au total, ce qui atteste de la compétence des autorités cubaines dans la gestion de crise (confinement, fermeture nationale, dépistages, isolement, prévention). Les laboratoires ont conçu 5 vaccins en prévision d'une vaccination de toute la population cubaine puis d'une exportation régionale et mondiale. Quiterie Pincent détaille ensuite trois programmes de l'AFD concernant la santé. Depuis son implantation en 2016, le montant des activités de l'Agence s'élève à 235 millions d'euros tous secteurs compris. En 2018, suite à une demande des autorités pour obtenir des équipements de pointe, l'AFD a accordé à trois instituts un prêt de 24 millions d'euros. En 2020, le projet FINLAY s'appuyait sur un prêt de 25 millions d'euros pour soutenir la modernisation d'un vaccin contre la méningite, avec une participation de l'OMS et de l'UNICEF. En 2020

et 2021, l'AFD et l'État cubain ont appliqué les deux parties des initiatives « Santé en commun » contre la COVID-19 permettant l'acquisition de 180 000 kits de protection, 76 respirateurs, 1 million de tests COVID et le développement des vaccins. L'experte souligne en conclusion le caractère atypique du système de santé cubain dans un contexte de double crise, nationale et internationale.

### **Encadré 3: Yazdan YAZDANPANA**

**Directeur de l'ARNS et de l'institut I3M et chef de service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Bichat Claude Bernard**

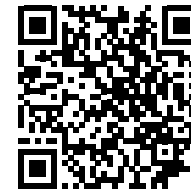
*Texte écrit par Sarah Fleury*

Le dernier intervenant aborde les inégalités de financement de la recherche dans le monde. En considérant la pandémie comme un microscope qui permettrait l'observation fine des dysfonctionnements de nos sociétés, il insiste sur la fracture entre les pays dits du Nord et ceux du Sud. L'ANRS a tenté de construire un outil d'analyse pour déchiffrer le financement de la recherche autour de la COVID-19. Début mai 2021 ces recherches pluridisciplinaires (histoire naturelle, éthique, vaccins en R&D) ont mobilisé 5 milliards de dollars US. À l'aide d'une série de cartographie à l'échelle mondiale, Yazdan Yazdanpanah révèle les résultats suivants : 10,610 projets ont été conçus dans le monde, la grande majorité aux États-Unis et en Europe, suivi de l'Amérique Latine puis de l'Afrique. Selon lui « la recherche fait partie de la riposte et de la réponse » à la pandémie. L'ANRS, rattachée à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et créée en 2021 à la suite d'une fusion de deux organismes, a comme mission la coordination, l'animation et le financement de la recherche en

prenant pour thèmes les maladies sexuellement transmissibles et les maladies infectieuses émergentes. Avec une vision globale One Health, elle est présente dans plusieurs domaines (la recherche fondamentale, humaine et sociale, clinique), s'intéresse à de nombreux champs jusqu'à la recherche liée au non-humain comme les animaux ou l'environnement, et apporte des soutiens à de nombreux pays du Sud (Burkina Faso, Cambodge, Brésil, Égypte). L'organisme possède un département nommé « Stratégie et partenariats » dont l'objectif consiste en la promotion du positionnement de l'agence, la prospection et la collaboration avec des pays révélant un besoin. Enfin, l'ANRS désire renforcer un réseau à l'échelle mondiale (axes à consolider, organisation de journées scientifiques, publication et valorisation de la recherche) pour plus d'équité et pour pallier le manque structurel de financement de la recherche dans certains territoires.

## **PARTIE III**

### **Quelle participation de la société civile aux politiques publiques de santé?**



*Revivez le séminaire  
en ligne!*

***Sous la coordination  
de Alicia Márquez Murrieta***

## **10. Algunos rasgos para pensar el qué hacer de las organizaciones y las redes de organizaciones de la sociedad civil**

**ALICIA MÁRQUEZ MURRIETA**

Profesora-Investigadora del Instituto Mora y miembro asociada CEMS-EHESS

### **Introducción**

En el contexto de la pandemia producida por el virus del SARS-CoV-2 fueron múltiples las respuestas que se dieron desde la sociedad organizada, en diversos campos de acción, interactuando entre actores sociales y en algunas ocasiones también con actores estatales. ¿Podríamos encontrar algunos rasgos comunes entre estas organizaciones? El presente texto no pretende resumirlos todos ni generar un tipo ideal de organización, sino introducir algunas maneras de pensar la actuación de organizaciones y con ello otorgar una guía de lectura, una entre otras, para pensarlas en conjunto. Para ello, se presentan algunos de sus rasgos y se termina particularizando en el qué hacer de cierto tipo de organizaciones cuyo campo de acción central es la salud sexual y



reproductiva en México. El texto se encuentra dividido en dos grandes apartados. En el primero se sintetizan algunas características centrales y generales del tipo de organizaciones que se busca aprehender. Así, el aspecto político de las mismas, su búsqueda tanto de autonomía como de autocontención y su trabajo en redes son expuestos en estas páginas. En el segundo bloque, el foco ya es sobre las organizaciones que trabajan en el tema de la salud y en particular de la salud sexual y reproductiva, enfatizando sobre una de sus características en dicho campo: su trabajo en la incidencia, la cual se presenta bajo una doble faz, como influencia y como intervención. El texto se termina con una serie de interrogantes acerca de la utilidad de los rasgos aquí sintetizados para pensar la actuación de las organizaciones en el contexto de la pandemia.

### **Algunos rasgos**

Al reflexionar sobre el qué hacer de la sociedad organizada resulta útil establecer algunas características generales que nos permitan aprehenderlas. Resumo aquí algunas de las más importantes y como éstas se articulan con la definición de bien público.

#### Lo político

En el mundo social, una de las maneras como se lleva a cabo la acción es a través de organizaciones que desarrollan su trabajo en contextos económicos,

políticos y sociales precisos. Es importante por lo tanto no considerar el trabajo de este tipo de organizaciones de manera aislada, sino inserta en complejos entramados de interacción. Así, su comprensión y sus características particulares dependerán también del contexto político y social en el que se desarrollen. En este sentido, el tipo de relaciones que establezcan con diversos actores como gobierno, sindicatos, movimientos sociales, organismos internacionales, gobiernos y organizaciones de otros países, entre otros, debe ser estudiada. Si bien, cuentan con una historia, es conveniente estudiarlas bajo coordenadas precisas, observando cómo en momentos particulares se establecen las interacciones. Ahora bien, los diversos ámbitos sociales son heterogéneos por lo tanto no debemos pensar ni al Estado ni a la sociedad organizada como entidades homogéneas.

Daniel Cefai (2003) establece una serie de características que resultan pertinentes para pensar a las organizaciones de este tipo en su relación con procesos de publicitación<sup>1</sup>. En primer lugar, pueden proponer definiciones de problemas, en algunas ocasiones alternativas a las del Estado (u otros actores) y con ello otorgar otros referentes socio-técnicos, otros montajes financieros u otras interlocuciones sociales. En el mismo sentido de los procesos de publicitación, las actividades colectivas que desarrollan las organizaciones y las redes de organizaciones pueden modificar la configuración de los foros públicos de los

1. En efecto, existiría una relación estrecha entre la temática o temáticas y el tipo de trabajo y actividades de las organizaciones (López Ricoy, 2015; Márquez Murrieta 2014).

que forman parte y fijar nuevas agendas de problemas o al menos orientar hacia otro tipo de argumentos. Pueden también establecer intercambios simbólicos y materiales con movimientos sociales (Cefaï, 2003). Un caso ejemplar en el tema de la salud reproductiva sería la relación entre movimientos feministas y diversas organizaciones sociales.

Para algunos autores, como Sara Gordon, las actividades de este tipo de organizaciones, que grosso modo se pueden denominar “de la sociedad civil”, podrían considerarse como siendo parte de ella puesto que buscan orientar su acción hacia objetivos de carácter colectivo, desarrollando sus actividades en el ámbito de la solidaridad (al menos algunos sectores de entre ellas); además, mediante sus acciones muchas de ellas pretenden incidir en las políticas públicas y, algunas, influir en discusiones que se llevan a cabo en el espacio público (Gordon, 2011).

El trabajo de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y sus redes se orienta hacia la búsqueda de un bien público. En efecto, mucha de la justificación de su acción tiene que ver con actuar en función de reglas y principios generales, haciendo explícitos sus valores y apuntando hacia la universalización y generalización de demandas y acciones<sup>2</sup>.

2. Retomo estas definiciones de Nora Rabotnikof (2008) para quien al pensar en las distinciones público y privado las tradiciones, a través del tiempo, estarían en realidad calificando dos lógicas de la acción y del interés. Una tendría más que ver con las acciones organizadas, a las que nos referimos de manera particular en estas páginas y las otras resaltarían el cálculo individual, que busca la maximización del beneficio individual y que defiende el derecho a sustraerse del control público. En dicho texto, Nora Rabotnikof

Marcelo Leiras señala que debemos aprehender adecuadamente lo que no es un bien público. No se trataría, afirma, de conceptualizar el qué hacer de estas organizaciones como buscando “un beneficio general”; por otro lado, asumiendo que sea identificable dicho beneficio general, el bien público no sería reductible a las metas de ninguna organización particular ni de ningún tipo de organización pública, privada, estatal o no estatal (Leiras, 2007).

Al pensar en lo que sí sería un “bien público” resulta pertinente retomar lo señalado por Nora Rabotnikof (2005) acerca de los diversos sentidos de lo público a través del tiempo puesto que no se pueden separar las reflexiones sobre lo que es un “bien público” del desarrollo histórico de estas nociones. Los cambios se han ido dando también por las diversas maneras de aprehender el significado de la política y por las disputas y controversias que ello ha significado en diversos momentos históricos. Rabotnikof señala que se puede pensar en “familias complejas de oposiciones”. Resulta de interés rastrear dichos sentidos y las distinciones entre lo público y lo privado e identificar problemas, evaluaciones, cursos de acción, así como imágenes del mundo. Rabotnikof afirma que estas “familias complejas de oposiciones” pueden sintetizarse en tres criterios heterogéneos para trazar sus diferencias; tres conjuntos de sentidos no siempre coincidiendo en tiempo y espacio, que

señala que pareciera que la búsqueda de un lugar de lo público ha acompañado la reflexión sobre el espacio público desde sus inicios. Un lugar en el que lo común y lo general se articulen con lo visible y con niveles de accesibilidad ampliados (2008, 39).

han sufrido deslizamientos e incluso que han llegado a ser opuestos.

Un primer sentido llevaría a pensar lo público como aquello que es de interés o de utilidad para todos, lo que es común, lo que atañe al colectivo y concierne a la comunidad; y lo privado, como lo que es de interés o utilidad particular, lo singular, lo personal. A través del tiempo, puntualiza Nora Rabotnikof, esta idea de público se fue convirtiendo en sinónimo de político – por ser de interés colectivo – y en su doble dimensión de público estatal y público no-estatal. En tanto, lo privado fue pensado como aquello que se pretende sustraer al poder público en el sentido del poder del colectivo.

Un segundo sentido de público, reflexionado por Rabotnikof remite a pensar en aquello que es visible, lo que se desarrolla a la luz del día, que es manifiesto, ostensible. En tanto que privado sería lo oculto, lo secreto, lo preservado, aquello que no tiene visibilidad o que no es percibido<sup>3</sup>. También sería privado aquello de lo que no se puede hablar, que se sustrae a la mirada, a la comunicación y al examen. Nora Rabotnikof distingue un tercer sentido de lo público, el cual llevaría a pensar en aquello que es de uso de todos, accesible; lo que al no ser objeto de apropiación particular es abierto, distribuido. Privado, en este conglomerado de sentidos, sería aquello que es cerrado, que se sustrae a la disposición de los otros;

3. Con respecto a la percepción, se podría profundizar acerca de las condiciones que la hacen posible. Reflexiones pragmatistas en la línea de los trabajos de John Dewey y su noción de públicos podrían servir como guía.

privado como apropiación y también como clausura. Este tercer sentido de público-privado sería el que más relación tiene con la dupla inclusión-exclusión.

De los tres conglomerados de sentidos, que han ido cambiando a través del tiempo, el primero tendría una relación directa sobre el qué hacer de las redes de organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones mismas, y sobre su énfasis en el interés colectivo y el bien público que perseguirían. En las reflexiones contemporáneas sobre espacio público, vinculadas de manera estrecha con la temática de estas páginas, coincidirían las tres familias de sentido, desde postulados normativos. Así, se sostendría que el espacio público y las actividades con orientaciones públicas serían de interés general, con la búsqueda de un bien público; un espacio accesible y con visibilidad y transparencia ampliadas. Dentro de cierta noción del espacio público existiría así: “un espíritu de civilidad a través del fortalecimiento del espacio público, pensado ante todo como espacio común y como espacio de aparición. El espacio público (...) entendido entonces como lugar de gestación de una comunidad basada en el reconocimiento mutuo y de emergencia para la presencia visible y manifiesta de los ciudadanos, en principio accesible a todos.” (Rabotnikof, 2008, 42)<sup>4</sup>.

4. Resumo la versión de una de las posibles discusiones sobre el espacio público planteadas por la autora. En el texto ella buscó trabajar “la hipótesis de una redefinición de lo público en el marco de las transformaciones en la relación sociedad civil y Estado. Se parte de ciertos discursos políticos y académicos que han invocado la necesidad de fortalecimiento de un espacio público. Sin pretensiones de realizar una historia conceptual rigurosa, el tra-

Así, la búsqueda del interés general es un rasgo central en el qué hacer de las organizaciones y redes puesto que al hacer lo buscan presentarse como actores legítimos. Sin embargo, como señala Daniel Cefaï los miembros de las asociaciones tienen que manejar siempre una tensión entre el compromiso público y la pertenencia a colectivos particulares. En algunas ocasiones, afirma Cefaï, para hacer oír su voz y hacer valer sus derechos, las asociaciones se ven obligadas a adoptar los “repertorios del interés general o de la utilidad pública”, “las gramáticas de la vida pública”. Así, para que sus críticas, denuncias y reivindicaciones sean aceptables, deben ser formuladas en términos que no las conviertan en la expresión de intereses particulares. El riesgo es que, si se encierran en lo que suele ser tachado de interés “localista” o “corporatista” y se niegan a entrar en una dinámica de “generalización”, por no hablar de universalización de los intereses, podrían ver desestimadas sus peticiones y podrían ser desacreditadas públicamente por otros autores (Cefaï, 2003). Me parece que esta es una tensión permanente, inerradicable, con la que tienen que lidiar las organizaciones y las redes.

Muchas de ellas se inclinan por incidir en la esfera pública desde una perspectiva de derechos y ello las lleva a trabajar de manera estrecha con el o los gobiernos, buscando la incidencia en políticas públicas.

Algunos autores hablan de “organizaciones políticas de la sociedad civil” para dar cuenta de

bajo analiza el deslizamiento de lo público-estatal a lo público-social” (Rabotnikof, 2008, 38).

estas dimensiones (Leiras, 2007; Juárez, Freyermuth, Hevia y López Ricoy, 2017), término que recorta aún más el universo analítico y nos lleva a distinguir un subconjunto de organizaciones que persiguen algún objetivo político, apuntando así tanto hacia la promoción como hacia la resistencia de cambios sociales. Pensarlas así, también lleva a reconocer que, aunque las intervenciones se realicen en nombre del interés público, el alcance de los objetivos de la organización “puede contrariar los intereses o los valores de otros grupos u otras organizaciones. Este reconocimiento es particularmente importante para articular una perspectiva sensible al carácter conflictivo de los procesos y las decisiones políticas” (Leiras, 2007, 22 y 23). Este planteamiento dirige a la idea de una pluralidad de posiciones porque no todos los que actúan aprehenden la situación de la misma manera, lo cual, de acuerdo con Leiras, lleva a una perspectiva sensible al carácter conflictivo de las acciones en un espacio público determinado.

Por ello, como ya señalaba, es importante considerar la heterogeneidad en el actuar de este tipo de organizaciones, ubicarlas en tiempo y espacio, pero también al interior de espacios de conflicto y sosteniendo controversias.

### Autonomía y autocontención

Dos rasgos fundamentales de este tipo de entidades son, por un lado, sus pretensiones de autonomía frente al Estado o al mercado; por el otro, su búsqueda de autocontención, la importancia que

otorgan a la autolimitación (Juárez, Freyermuth, Hevia y López Ricoy, 2017). Es decir, mantienen una doble tensión. Por un lado, en su actuar fundamental mantenerse como actores críticos, si bien también inter actúan con Estado y mercado e incluso muchas de ellas buscan incidir en políticas públicas. Tema que las coloca en un lugar complejo entre autonomía y dependencia frente a diversos actores. Por el otro, para su funcionamiento es muy importante saber los límites de sus acciones, tanto en términos técnicos como temáticos. Por ello, el trabajo en redes ha sido una estrategia importante. Les permite seguir con la auto-limitación pero también ampliar sus horizontes de acción.

### Redes de organizaciones

Muchas de las organizaciones de este tipo desarrollan su trabajo bajo la forma de redes. Ahora bien, funcionar como red introduce ciertas particularidades. Fernanda Somuano (2011) considera que una red puede ser aprehendida como una OSC macro, por no ser lucrativa ni gubernamental y por estar dirigida por profesionistas (rasgos que Somuano y otros autores consideran centrales al caracterizar a las OSC). También añade que el principal soporte constitutivo de una red está en las organizaciones similares, por ejemplo, con temáticas similares. Para Somuano las redes se crean, en general, para fortalecer el impacto de las organizaciones que las forman, otorgando presencia y reconocimiento local, nacional, internacional y dando protección a la

autonomía de las organizaciones. Por último, para esta autora, las redes de OSC ofrecen el potencial de proveer organización y coherencia a una parte de la sociedad civil (Somuano, 2011).

Por supuesto, una preocupación de las redes es cómo cada organización mantiene su especificidad y su autonomía, así como su auto-contención pero al mismo tiempo es capaz de actuar en conjunto. Lo anterior lleva a una permanente tensión entre autonomía e interdependencia (Luna y Velasco, 2010), temática explorada brevemente en el apartado anterior.

Parecería que entre estas formas de actuar y el perfil de sus integrantes se establecen vasos comunicantes. Encontramos redes de organizaciones compuestas por profesionistas, académicas y con altos niveles de especialización técnica, que se preocupan tanto por la incidencia como por el fortalecimiento de las organizaciones que conforman la red (López Ricoy, 2015).

### Ámbito de la salud

En el campo de la salud, algunos autores encuentran que las organizaciones de la sociedad civil y el tipo de actividades que desarrollan se puede clasificar en dos grandes paradigmas que conviven<sup>5</sup>: las

5. Muchas de estas reflexiones han sido desarrolladas en México y se tendría que pensar sobre cuáles de ellas se podrían aplicar en otros contextos. También, cuánto de este trabajo trasciende los límites del estado-nación y si, como señalan algunos autores, debemos pensar en la sociedad civil global (para una revisión

orientadas por una lógica de corte más asistencial y las orientadas por un interés en los derechos humanos y la incidencia (Juárez, Freyermuth, Hevia y López Ricoy, 2017), a las que llaman, siguiendo la definición que ya señalé “organizaciones políticas de la sociedad civil”.

### Incidencia y doble faz

La incidencia sería una característica particular y orientada hacia actividades políticas puesto que se trataría de establecer vínculos cooperativos con instituciones gubernamentales y concretar acciones comunes para desarrollar, por ejemplo, políticas públicas. Analíticamente podríamos distinguir tres características en este tipo de trabajo: buscar afectar el curso de acción de alguna política pública; apelar a una relación entre la política pública y las problemáticas que estarían vinculadas; interpelar a otros actores en tanto interlocutores legítimos para resolver la problemática.

Según Juárez, Freyermuth, Hevia y López Ricoy (2017) existe además una doble faz de la incidencia: como influencia y como intervención. La incidencia como influencia se entendería como una acción con un impacto relevante en las políticas públicas, cuyo objetivo sería cambiar los contenidos, alterar las decisiones o acciones dirigidas a resolver un problema. Desde esta acepción, las OSC y sus redes buscarían influir en las políticas públicas y aportar desde su

general ver Salamon, Sokolowski y List, 2003; y para una visión crítica, Choudhary, K., 2004).

experiencia en los ámbitos que consideran deben mejorarse, incluso buscando reorientar las acciones institucionales y en ocasiones desarrollar acciones en campos vitales y simbólicos (por ejemplo, en relación directa con la vida cotidiana, con la reproducción social).

En la segunda faz, la incidencia como intervención, no menos importante, se da, según estos autores, como intervención en experiencias vitales, más en el ámbito local. Es decir, se trataría de un conjunto de acciones implementadas que ayudan a resolver necesidades vitales, pero que no necesariamente trascienden la escala comunitaria/local, aunque sí dejan un legado institucional. Se trata de esfuerzos complementarios y que afectan el curso de acción de una política orientada a resolver un problema público y, por lo tanto, tienen efectos institucionales.

Un ejemplo de la incidencia puede ser el trabajo en el campo de la salud sexual y reproductiva de organizaciones y redes en México (López Ricoy, 2015). Ana López Ricoy en su investigación destaca varias características: contribuyen de manera general a crear un andamiaje inter-escalar para la transmisión de información; pueden desarrollar varios tipos de trabajo y desplegar recursos de diverso tipo (de las propias organizaciones, algunas de carácter nacional y otras regional); pueden tener un conocimiento preciso de los entornos de interacción, los cuales llegan a ser útiles para las instancias de salud puesto que estas funcionan de manera más jerárquica, contrario a las redes que son más flexibles. Pueden

llegar así a realizar un trabajo de incidencia tanto del tipo influencia, como del tipo intervención (López Ricoy, 2015).

Una característica muy importante de las organizaciones y redes que buscan la incidencia, destacada por López Ricoy (2015) tiene que ver con las maneras de comprender las problemáticas y su papel al enmarcarlas de otra manera. En el caso concreto de los temas de salud y muerte maternas, las organizaciones y redes de organizaciones de incidencia han contribuido en robustecer las maneras de concebir las situaciones problemáticas e integrar en las discusiones aspectos como la desigualdad (entre mujeres y en el país de manera diferenciada), la marginalidad, la pobreza, la exclusión, la vulnerabilidad; también, en hacer evidente que se deben tener en cuenta las particularidades de las comunidades indígenas en la conceptualización e implementación de políticas públicas en torno a la salud y muerte maternas (López Ricoy, 2015).

Con ello se convierten en “traductoras” en la definición de los problemas puesto que su experiencia en las temáticas, cierta manera de conceptualizar los problemas, cierta manera de observar y dar seguimiento a situaciones precisas, en el terreno local, puede producir “traducciones” del problema hacia otros lenguajes socio-técnicos.

Siguiendo a Joseph Gusfield (2014), se podría pensar que al desarrollar la doble faz de la incidencia (de influencia y de intervención) disputan la “propiedad del problema” a otros actores. Gusfield llama propietario a la habilidad para crear e influir

en la definición pública de un problema. Con dicha metáfora, afirma, se busca dar cuenta de algunas características que podrían darse en los que disputan una propiedad: control, exclusividad, transferibilidad e incluso posible pérdida. Para Gusfield, algunos actores se estarían presentando ante otros con cierta autoridad<sup>6</sup> y estarían justamente disputando este papel de propietarios del problema.

La idea de traducción remitiría a su capacidad para funcionar como transmisoras de un contenido y saber comunicarlo a otras lógicas de acción y a otras esferas. Esto me parece clave para pensar las actividades de las organizaciones de la sociedad civil y de las redes durante la emergencia sanitaria producida por la pandemia y ello queda claro en algunas de las intervenciones de los panelistas que se pueden leer en el presente libro.

Recientemente muchas organizaciones y redes dedicadas al campo de la salud y en particular de

6. Cabe al menos dejar enunciada la compleja temática de la representación, relacionada íntimamente con el tema de la autoridad, con quién y cómo se da este proceso de “autorización”, de “mediación” al participar en acciones públicas, además del tema de cómo se establece la aceptación pública de las propuestas, denuncias y reivindicaciones. En la introducción de un libro de Coelho y Cornwall se menciona la idea de que las asociaciones funcionan como mediadoras: “en su gran mayoría [de las organizaciones encuestadas, organizaciones de la sociedad civil registradas en São Paulo, Brasil] el tema de la representación tenía que ver con la mediación. Dichas organizaciones de veían a sí mismas como abogando por los derechos de otros y proveyendo un puente entre segmentos de la población pobre o sub representados (poorly or under-represented) y el Estado” (traducción de la autora. 2007, 15).



la salud sexual y reproductiva se han convertido en prestadoras de servicios de distinto tipo. López Ricoy (2015) en su estudio sobre las redes que trabajan en la temática de la salud sexual y reproductiva se interroga sobre si este desplazamiento tiene consecuencias en su quehacer y su sentido. Por ejemplo, sobre los recursos que se allegan y si esto las hace modificar uno de sus rasgos típicos, el de no tener fines lucrativos.

### Interrogantes ante el contexto de pandemia y hacia el futuro

Los breves rasgos sintetizados aquí ¿podrían servir para pensar el qué hacer actual de las organizaciones y sus redes? ¿Cuáles rasgos se agudizan y cuáles se pierden en momentos de incertidumbre y de emergencia sanitaria y ante la necesidad de actuar de manera multiescalar -local, regional, nacional, global-? ¿Es necesario pensar su actuar afuera del marco Nación-Estado? Y en ese sentido ¿Tendríamos que acudir a nociones de sociedad civil global para comprender sus actividades? ¿Cómo ha sido la relación entre diversos sectores a múltiples escalas, por ejemplo, gobiernos, organismos internacionales, farmacéuticas? ¿Qué dilemas y retos enfrentan? ¿La pandemia modifica el tipo de actuación “tradicional” de este tipo de actores sociales? Al respecto, señalaba antes que un rasgo típico de estas organizaciones y redes era no ser prestadoras de servicio, ni dar asistencia directa, sin embargo, en el contexto de emergencia, muchas se han dedicado a otorgar servicios y a distribuir bienes

y productos de manera inmediata debido, entre otros factores, a las reconversiones de los sistemas de salud de algunos países para ampliar la capacidad de respuesta ante el virus y sus consecuencias.

Algunas de las interrogantes aquí planteadas podrían servir para acompañar a los textos que a continuación se presentan. Seguramente se abren también nuevos caminos.

### **Bibliografía**

- CEFAÏ, D. (2003). Acción asociativa y ciudadanía común. ¿La sociedad civil como matriz de la res pública? En J. BENEDICTO y M. L. MORÁN (comps.), Aprendiendo a ser ciudadanos. Experiencias sociales y construcción de la ciudadanía entre los jóvenes. Madrid: Instituto de la Juventud, 91-115.
- CHOUDHARY, K. (2004). Global civil society, globalization and Nation-State. Paper presented at the ISTR Conference, Toronto, Canada, 23 p.
- COELHO, V. S. P. y CORNWALL, A. (comps.). (2007). Spaces for Change? The Politics of Citizen Participation in New Democratic Arenas. Londres: Zed Books.
- GORDON, S. (2011). Transparencia y rendición de cuentas de organizaciones civiles en México. Revista Mexicana de Sociología. 73(2): 199-229.
- GUSFIELD, J. (2014). La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- JUÁREZ, C., FREYERMUTH, J. L., HEVIA, F. y LÓPEZ RICOY, A. E. (coords.) (2017). Entre el activismo

- y la intervención: El trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de mujeres indígenas en México. México: CIESAS/International Development Research Centre/Alternativas y Capacidades.
- LEIRAS, M. (2007). La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional. En C. ACUÑA y A. VACCHIERI (comps.), La incidencia política de la sociedad civil. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 17-66.
- LÓPEZ RICOY, A. E. (2015). Vinculando espacios diferenciados: redes de gobernanza y políticas contra la muerte materna en la Costa Chica de Guerrero (2005-2015) (tesis inédita de Maestría en Estudios Regionales). México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- LUNA, M. y VELASCO, J. L. (2010). Mecanismos de toma de decisiones y desempeño en sistemas asociativos complejos. En M. LUNA y C. PUGA (coords.), Nuevas perspectivas para el estudio de las asociaciones. México: Instituto de Investigaciones Sociales (IIS-UNAM)/Anthropos, 121-158.
- MÁRQUEZ MURRIETA, A. (2014). Construcción democrática de políticas entre sociedad y legislativo: los presupuestos públicos sensibles al género y la salud sexual y reproductiva. En R. MILLÁN (coord.), Vida pública en México: ¿didáctica para la democracia? México: IIS- UNAM, 65-115.
- RABOTNIKOF, N. (2005). En busca de un lugar común. El espacio público en la teoría política contemporánea. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas (IIF-UNAM) (Filosofía Contemporánea).
- RABOTNIKOF, N. (2008). Lo público hoy: lugares, lógicas y expectativas. Iconos. Revista de Ciencias Sociales. (32), 37-48.
- SALAMON, L., SOKOLOWSKI, S.W., LIST, R. (2003). Global Civil Society. An Overview. The John Hopkins University: Baltimore.
- SOMUANO, M. F. (2011). Sociedad civil organizada y democracia en México. México: El Colegio de México.

## **11. Science-based public policies: bridging the gap between academia and policy makers**

**NATALIA PASTERNAK TASCHNER**

Instituto Questão de Ciência (Institute Question of Science)

### **Introduction:**

*The use of scientific evidence in policy-making: a historical perspective*

Using evidence in policy-making is as old as the concept of scientific evidence itself. When you think of health policies, it is as old as modern medicine. One can argue of course, that before modern medicine, and before the scientific revolution and the Enlightenment, medical doctors and policy makers were making use of the best evidence available. That evidence, however, was not science-based, because science as a tool for rational thinking had not been developed.

Evidence-based medicine (EBM) can probably be traced back to the mid-1750s, when thanks to a Royal Navy medical doctor, in England, the first attempt of a clinical trial was made. In 1753, James Lind was a navy doctor, who shared the nation's

concern for the number of lives lost to scurvy while long times at sea (Milne 2012). At that time, people had no idea about the role of vitamins and diet in health. Quite the contrary, medicine was based on the theory of humors. Disease was believed to result from imbalanced bodily fluids – or humors. When those humors became imbalanced, meaning that one was in excess, the best evidence in medicine available demanded that balance must be restored, and the best way to do this was to purge the excessive humor with induced vomiting, laxatives, or bloodletting.

Lind was the first known person to come up with the idea of “testing” an intervention. He did what he deemed to be a “fair test”. But how did he come up with this idea? By reading old navy diaries, from other vessels, he learned that the ships that carried fruits and vegetables had almost no cases of scurvy. We can argue today that he was making a literature review. He designed his fair test in a very simple way: 12 sailors, all with scurvy, all at similar stages of the disease, were divided in groups of 2. Each pair was treated under the exact same conditions, but only one received this intervention: vitriol, cyder, vinegar, lemons and oranges, seawater and a mixture of garlic, mustard seed and radish root. No need to say that the pair who got the fruit recovered fast, and soon they were up and about, helping take care of the others.

It took some time – fifty years, to be precise – for Lind’s ideas to be taken seriously. He was after all, questioning the status quo of medicine at that time.

But eventually, every vessel in the Royal Navy carried lemons and limes to beat scurvy and the English Navy became known as “the limeys”. What James Lind did, however, was much more than finding the cure for one disease. He was the precursor of the use of scientific method in medicine. His “fair test” would eventually become the randomized clinical trials (RCT) of today, the golden methodology to assess whether a drug or intervention works for a certain condition or disease.

At the beginning of the 19th century, Lind’s ideas began to spread, and the theory of humors itself was finally questioned. In 1816, a military doctor in Portugal, by the name Alexander Hamilton, challenged the real efficacy of bloodletting in his MD thesis (Milne and Chalmers, 2015). Using the format of a randomized trial, he divided patients to be seen by three independent doctors, only one of which used bloodletting. Hamilton showed that the death rate was ten times higher in this group, when compared to other interventions.

The use of RCT became increasingly popular, and was eventually formalized by Archie Cochrane, considered today to be one of the fathers of evidence-based medicine. Cochrane’s history with critical thinking and scientific method is a tale of good practices and should be taught in medical schools as an example of how evidence-based medicine can – and should – embrace both science and compassion (Stavrou et al, 2014).

During the Second World War, Cochrane joined the British Army and was captured by Germans in the Battle of Crete and subsequently worked as a Medical Officer at Salonika, Greece. Fluent in German, he was quickly made chief medical officer of the concentration camps. During this time, he performed his first – and according to himself his worst – randomized clinical trial. The challenge was to find a cause for a prevalent ankle edema in the prisoners. Cochrane thought that the edema could be a result of severe malnutrition, and more specifically, a vitamin deficiency causing wet beriberi, a disease we know today to be caused by vitamin B-1 deficiency. He selected and randomized 20 patients, dividing them in two groups, one receiving yeast (rich in vitamin B-1), and the other group receiving vitamin C, as a control group. After four days, Cochrane observed that the yeast group was feeling better, and the edema was subsiding, while the vitamin C group remained unaltered. This trial convinced the Germans to add a portion of yeast to the camp's diet.

Cochrane took this for a bad and very lucky trial, not very different from Lind's trial with scurvy. Nonetheless, these early RCT, even if they lacked more precise control groups and counted on a very small number of participants, they succeeded in changing the mindset that desperately needed to be changed. They paved the way to bring critical thinking and scientific method into Medicine and Public Health. As Cochrane wrote on his book called "Effectiveness and efficiency", these first RCT brought us the notion that

"You should randomize till it hurts" (Shah and Chung 2009).

RCT brought us vaccines, antibiotics, all sorts of medications and health interventions in modern medicine. In fact, they became so popular that they even made their way into social sciences research and economics, ultimately earned three researchers the Nobel Prize in Economics in 2019 (<https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/>). But did scientific evidence make its way into policy making?

### **Separating science from nonsense**

Public policies should be based on evidence, not on politics or ideology. This is easier said than done. How can we separate science from ideology or politics, without proper training to consider our own biases? Policy-makers in general are not trained to think scientifically and are not well equipped with science-based tools necessary for a solid decision making process. This might make policy institutions very permeable to health misinformation and disinformation.

Understanding science requires a minimum background knowledge on how science works, but it does not require a formal background education in science, in the sense of having attended science or medical/health schools. It is about science literacy, not about becoming a scientist. Unfortunately, policy-makers across the world are ill prepared in

science literacy. A career in policy usually values basic knowledge in economics, law and public administration, but science is off the radar. The Covid-19 pandemic proved this to be insufficient. Health public policies based on politics and ideology were common throughout the world, and vaccine disinformation prevented part of the developed world from achieving vaccination goals.

Separating science from pseudoscience, and bad science is not an easy task. Philosophers have been struggling with the “demarcation theory” for years, trying to work out the best way to separate science from pseudoscience. Larry Laudan argues that a perfect distinction would simply not be possible, there is no list of minimal requirements for something to be considered science or pseudoscience. The author also expressed concern that the term itself can be used in a pejorative way by people who work in rival fields. It is after all very easy to label your rival’s work pseudoscience in an attempt to disqualify it. (Laudan, 1984).

Massimo Pigliucci and Maarten Boudry argue that some demarcation is needed, even more if science becomes a tool in the decision-making process (Pigliucci and Boudry, 2013). This is what became evident during the Covid-19 pandemic: the demarcation theory ceases to be just a philosophical issue and it becomes a health policy issue. Policy-makers are now faced with the challenge of having to sort out through an overload of information and decide what is science-based and what is not. It is not as easy as consulting with specialists because

even medical doctors who usually offer advice to governments lack proper scientific training to do so. During the pandemic, this led to the widespread use of miracle cures such as hydroxychloroquine and ivermectin (Taschner, Almeida and Orsi, 2021), and before that, to the adoption of alternative medicine in public healthcare systems, as is the case in Brazil (Taschner et al, 2021).

Policy-makers need a working definition of pseudoscience in order to make good decisions. Pigliucci and Boudry propose a less than perfect demarcation, but still some demarcation, and highlight that the use of the science label by pseudoscientific practices does not come without harm.

Lee McIntyre, in his book “The Scientific Attitude” (McIntyre, 2019) offers a practical definition. He defines science as an investigative process, where we must be willing to change our minds before new evidence and the criticism of our peers (the peer review process). With this scientific attitude, we should be able to provide the best explanation, with the available evidence, in a given historical and social context.

Taking advantage of McIntyre’s definition, we can propose a working definition of pseudoscience: theories that want to brand the epistemic authority of the sciences without “paying the price” for which sciences pay. This price would be literature review, well-designed tests for hypotheses, and accepting peer review.

In contrast with McIntyre's definition of a scientific attitude (McIntyre, 2019) – in which science is an investigative process, open to new evidence and to peer review – pseudoscience is not interested in investigating anything, nor has the desire to incorporate new evidence or to react in a constructive manner to the criticism of the scientific community. It is quite the opposite: pseudoscience usually wants to “prove statements” rather than answer difficult questions, it does not welcome new evidence and views. Pseudoscience hears any kind of criticism as an attack by the establishment.

Attempts to expose and criticize homeopathy as a pseudoscience, for example, are usually met with great resistance from its proponents, who find all sorts of excuses to explain that homeopathy is a different kind of science and belongs to a different epistemology and that its critics come from Big Pharma. However, like all kinds of pseudoscience, homeopathy wants to be recognized as a science. In fact, the label “science” brings prestige, power and credibility.

Besides pseudoscience, bad science or pathological science also played a role during the pandemic and in misleading public policies. Bad science is not like pseudoscience in the sense of rejecting scientific method and “not paying the price” for the science label. Bad science actually embraces scientific method but only in format.

The term “pathological science” was coined by Irving Langmuir (1881-1957) in 1953. Langmuir was the recipient of the 1932 Nobel Prize in Chemistry.

During a historical lecture for the General Electric Research Labs, he used the term to explain “the science of things that aren't so”. Langmuir's speech was recorded, and a shortened. An edited version of his lecture was published after his death in the peer-reviewed literature (Langmuir, 1989). The complete version, including all the examples given by Langmuir and the transcript of the Q&A session, started to circulate online (Pavlidis & Steiglitz, 2002) after the publication of Voodoo Science book (Park, 2000). The author of this book, the physicist Robert L. Park (1931-2020), takes up the concept in order to build his own categorization of the ways science can go wrong.

According to Langmuir, even good scientists are subject to biases. They think they are measuring a real effect and don't realize they are measuring noise and statistical variation. Ideally, science should be able to self-correct, eliminating the noise. But what if science fails to self-correct? In a 2012 paper, John Ioannidis asserts that a low rate of replication attempts may perpetuate what he calls “null fields”, research fields in which “whatever claims for discovery are made are mostly just the result of random error, bias, or both” – a definition that tallies nicely with that of pathological science (Ioannidis, 2012). However, the lasting effects of these null fields are generally minimal, precisely because they are mostly ignored by mainstream scientific enterprises – a kind of self-correction process.

If we do not correct pathological science, we may end up doing what Harriet Hall calls “Tooth Fairy



science” (Hall, 2012). Hall explains that you can do a lot of statistical research and generate a lot of data on the habits and activities of the Tooth Fairy. For example, someone can compare parental income with fairy proceeds, another one can compare different types of tooth-wrapping and check fairy preferences and a third person may compare amounts of fairy money left under the pillow for the first and the last tooth. All of these “studies” can generate data that is replicable, consistent, and even statistically significant, but they are all noise, because they failed to consider the prior probability that the Tooth Fairy does not exist.

### **What happens when science is ignored**

The pandemic gave us a clear picture of what happened when science is ignored during a health crisis. But ignoring science is not a novelty. Science has been ignored countless times during the history of humankind, and the consequences were not less disastrous.

During the AIDS pandemic, South Africa suffered from misinformation and disinformation about HIV coming directly from President Thabo Mbeki, who in 1999, spoke against the use of antiretrovirals, stating that they were toxic and dangerous to health (Chigwedere et al, 2008). He questioned the causal link between HIV and AIDS, and refused to promote awareness campaigns and to establish health policies for treatment with tested, globally accepted medications.

South Africa was so severely affected by AIDS

that up to this day, the country holds one of the largest HIV positive populations in the world. According to United Nations, approximately 18,8% of the adult population is infected with HIV. It's almost 5,5 million people.

Chigwedere *et al* used mathematical modelling to compare the use of antiretroviral drugs in Botswana and Namibia, countries with similar HIV infection rates to South Africa. The only difference was that Namibia and Botswana have been early in President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), which means that these countries have benefited from a massive HIV drugs donation since 2003 (Chabrol, 2013). Chigwedere et.al concluded that more than 330 thousand lives were lost because antiretroviral programs were delayed in South Africa. Approximately 35 thousand babies were born with HIV, something that could have been prevented by a mother-to-child prophylaxis program (Chigwedere et al, 2008). And this is just direct damage, measured between 2000-2005.

In Brazil, we have 29 modalities of alternative medicine, under the name “integrative and complementary practices (PICs, in the Portuguese acronym). These range from the most popular ones, homeopathy and acupuncture to very unusual ones such as circular dancing, bee therapy, family constellation and crystal therapy (Taschner et al, 2021). PICs in Brazil are a national public policy, promoted by the federal government and the Ministry of Health.

In 2019, Instituto Questão de Ciência (Brazilian NGO dedicated to the promotion of science-based public policies) made an inquiry with all Brazilian State capitals using LAI (Lei de Acesso à Informação – Freedom of Information Act), asking how many PICs they offered in the city’s healthcare system, and how much money was invested (Pasternak and Orsi, 2019). In fact, most cities couldn’t give us reliable figures. The budget for PICs was not properly detailed, acupuncture could be performed during physical therapy sessions and would not be computed as PIC. Only one city was able to provide details on the PIC budget. Vitória, capital of the State of Espírito Santo, shared that they provided seven types of PICs (Fitotherapy, Homeopathy, Acupuncture, Music therapy, Auriculartherapy, Yoga and Xian gong), with a R\$ 1,5 million per year budget (equivalent today of US\$300 thousand). The total health budget for the entire country in 2019 was approximately R\$120 billion. The total expenditure on PICs might seem like a small percentage. Vitória is a small city, with 360 thousand inhabitants, where the expenditure on PICs per year per person would amount to approximately 4,2 reais. It doesn’t look much, but one dose of yellow fever vaccine costs 3,5 reais for the public coffers. Plus, any amount spent on unproven or disproven practices is unacceptable as a public policy.

During the pandemic, the widespread use of the “Covid kit” for “early treatment” became popular in Brazil and was implemented as a national health policy. The kit contained hydroxychloroquine, nitazoxanide (a deworming medication), ivermectin

(for lice), azithromycin (an antibiotic), vitamins C and D, zinc, heparin (for blood clotting) and corticosteroids, flutamide, a prostate cancer drug. It was offered free for all, at public and private healthcare facilities, and was endorsed by the Federal Board of Medicine.

Medical associations tried to intervene, issued statements to clarify that none of the medications in the Covid kit is science-based, the Brazilian Senate implemented a Committee for Parliamentary Investigation where, among other issues related to the federal government’s responsibility for the pandemic, the evidence – or lack thereof – of the kit was assessed. Even so, the Ministry of Health did not change its guidelines.

### **Conclusion: The need for science and risk communication in policy-making**

How are policy-makers and the population supposed to deal with misinformation and disinformation conveyed by governments and health officials? Health emergencies like the Covid-19 pandemic forced us to realize that there is urgent need for science communication and risk communication, both in local and global levels, with clear guidelines, preferably international, of where to look for solid science-based information.

Epidemic control and infectious diseases control in general require changing people’s behavior. A clear and transparent communication is essential if we expect people to collaborate with preventive

measures such as wearing a mask, being vaccinated and changing their social and work arrangements. The same applies for global threats like climate change and deforestation. Risk communication is also necessary if we want our policy-makers to be capable of giving a clear message to justify their decisions. They must be able to explain to the population that banning smoking from closed spaces is based on scientific evidence that passive smoke can also lead to lung cancer, for instance.

Changing people's behavior is not an easy task. Past experiences have shown getting people to acknowledge and act upon climate change mitigation efforts require investing heavily in science literacy (Nisbet, 2017). No one is going to voluntarily stop using their cars and no government is going to invest in clean energy without a clear explanation of how they would be contributing to a more sustainable planet and the future of our species.

Science perception surveys must be improved to assess science literacy, and their results must be interpreted with caution. Usually, these surveys show a very positive attitude towards science, which is good, but misleading, because believing in science is not understanding science (Pasternak and Orsi, 2020). It is quite the contrary, blind belief without understanding can lead to belief in pseudoscience, for lack of rational and critical thinking (O'Brien et al, 2021).

Science diplomacy has traditionally focused on

international collaboration and funding strategies. It is time to encompass science literacy and education. We will not be prepared for the next health or planetary emergency without proper science and risk communication, and this has to be done in a global scale. Science diplomacy can be the answer, but only if it helps to prepare future policy makers to understand and communicate science. Chief scientific advisors to governments and parliaments must be implemented and scientists must be trained in policy and advocacy.

### **References:**

Chabrol, F. Biomedicine, public health, and citizenship in the advent of antiretrovirals in Botswana, *Developing World Bioethics*, vol. 14, number 2, 2014. pp 75-82. doi:10.1111/dewb.12051.

Chigwedere P, Seage GR 3rd, Gruskin S, Lee TH, Essex M. Estimating the lost benefits of antiretroviral drug use in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Dec 1;49(4):410-5. doi: 10.1097/qai.0b013e31818a6cd5. PMID: 19186354.

Hall, H. (2012). Tooth Fairy Science and Other Pitfalls. *Skeptical Inquirer*. <https://skepticalinquirer.org/exclusive/tooth-fairy-science-part-1/>  
Ioannidis, J. P. A. (2012). Why Science Is Not Necessarily Self-Correcting. *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/1745691612464056>

Laudan L. *Science and Values: The Aims of Science and Their Role in Scientific Debate*. Univ of California Press, 1984.

McIntyre, L. (2019). *The Scientific Attitude*. In *The Scientific Attitude*. The MIT Press. <https://>

doi.org/10.7551/mitpress/12203.001.0001

Milne I, Chalmers I. Alexander Lesassier Hamilton's 1816 report of a controlled trial of bloodletting. *J R Soc Med* 2015;108:68-70.

Milne I. Who was James Lind, and what exactly did he achieve. *J R Soc Med* 2012;105:503-8.

Nisbet, M. (2017). Ho, S., Markowitz, E., O'Neill, S., Schäfer, M., & Thaker, J. (Eds.), *The Oxford Encyclopedia of Climate Change Communication*. : Oxford University Press.

Oxfam, *South Africa vs. the Drug Giants - A Challenge to Affordable Medicines*, February 2001. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620381/bn-access-to-medicines-south-africa-010201-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Park, R. L. (2000). *Voodoo Science: The Road from Foolishness to Fraud*. Oxford University Press.

Pasternak, N, Orsi, C. (2020). <https://skepticalinquirer.org/2020/03/believing-in-science-is-not-understanding-the-science-brazilian-surveys/>

Pasternak, N, Orsi, C. (2019). <https://jornal.usp.br/artigos/brasil-desperdica-recursos-com-terapias-alternativas/>

Pavlidis, T., & Steiglitz, K. (2002). Langmuir's talk on Pathological Science (December 18, 1953). <https://www.cs.princeton.edu/~ken/Langmuir/langmuir.htm>

Pigliucci, M., & Boudry, M. (2013). *Philosophy of Pseudoscience*. <https://doi.org/https://doi.org/10.7208/9780226051826>

Shah HM, Chung KC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine.

*Plast Reconstr Surg* 2009;124:982.

Stavrou A, Challoumas D, Dimitrakakis G. Archibald Cochrane (1909-1988): the father of evidence-based medicine. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2014;18(1):121-124. doi:10.1093/icvts/ivt451

Taschner, N. P., de Almeida, L. G., & Orsi, C. (2021). Revising the "Hype Pipeline" Model in Scientific Communication. *Frontiers in Communication*. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.601023>

Taschner, N. P., Orsi, C., Almeida, P., & Pilati, R. (2021). The impact of personal pseudoscientific beliefs in the pursuit for non-evidence-based health care. *Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3, e3516. <https://doi.org/10.17267/2675-021Xevidence.2021.e3516>

Thomas C. O'Brien, Ryan Palmer, Dolores Albarracín. Misplaced trust: When trust in science fosters belief in pseudoscience and the benefits of critical evaluation, *Journal of Experimental Social Psychology*, Volume 96, 2021, 104184, ISSN 0022-1031

## **12. Covid-19 en Brasil: iniciativas innovadoras de la sociedad civil en la ciudad de São Paulo**

**PATRICIA LACZYNSKI**

Profesora Adjunta del Instituto de las Ciudades, Universidad Federal de Sao Paulo (Unifesp), Campus Zona Leste

### **Introducción**

La crisis en la salud que vive Brasil debido a la pandemia de Covid-19 ha impulsado el desarrollo de acciones locales, incluso una diversidad de iniciativas de la sociedad civil. El municipio de São Paulo es un buen ejemplo de un lugar donde las iniciativas comunitarias se mezclan a la acción tímida del gobierno, que todavía defiende la privatización extrema de los servicios públicos.

La población del municipio de São Paulo supera los 12 millones de habitantes y se inserta en una región metropolitana de 21 millones de habitantes, conocida como “la grande São Paulo”. El municipio se caracteriza por enormes desigualdades, evidentes en su geografía marcada por fronteras de clase y de raza. La segregación se hace visible geográficamente cuando observamos el centro de la ciudad, blanco y rico, y las periferias más pobres y negras, donde el

acceso a los servicios públicos es difícil o inexistente. En noviembre de 2021, el número de casos de Covid-19 en la ciudad de São Paulo superó un millón y medio y el número de muertes supera los 39 mil<sup>1</sup>. La desigualdad es tan estructural que los impactos de la enfermedad reflejan las injusticias urbanas.

La población que vive en las periferias no tiene acceso al saneamiento básico o, cuando lo tiene, es de forma precaria. Además, las personas viven colectivamente en casas pequeñas, teniendo solamente una habitación, con escaso acceso a los servicios de salud. Viven principalmente en estas periferias empleadas del hogar, guardias de seguridad, conductores de Uber, mensajeros y trabajadores informales, que no pueden dejar de trabajar y que deben utilizar el transporte público para moverse o vender sus mercancías.

La población urbana de São Paulo, cada vez más empobrecida, siente el impacto de la pandemia del nuevo coronavirus sumado a los efectos perversos del neoliberalismo, como el crecimiento del desempleo, la reducción de programas sociales y la venta de un bien público. Así, este artículo se propone presentar iniciativas de la sociedad civil en la lucha contra la pandemia y en la asistencia a la población, auténticas alternativas o lecciones para nuestros gobernantes.

La información aquí presentada se basa en datos consultados en las páginas web oficiales del Municipio de São Paulo y en entrevistas realizadas

1. Datos obtenidos del sitio web: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/index.php?p=295572](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=295572).

con líderes y representantes de las iniciativas u organizaciones involucradas<sup>2</sup>.

### **Neoliberalismo, privatización, políticas públicas y pandemia**

Existe un consenso en la literatura de ciencia política y de administración pública sobre el entendimiento de que las políticas públicas son acciones del Estado y del gobierno para atender determinadas demandas, en diversas áreas como educación, salud, transporte, vivienda, asistencia social, etc. Es un compromiso público para garantizar los derechos sociales.

La literatura también trae distintos puntos de vista sobre la capacidad de los gobiernos para intervenir, formular políticas públicas y gobernar. Algunos autores sostienen que los gobiernos deciden bajo la presión de grupos de interés; otros piensan que las decisiones del gobierno son el resultado de los deseos de aquellos que están en el poder; también hay quien sostiene que los gobiernos deciden según los intereses de determinadas clases sociales.

Otros puntos de vista defienden que la capacidad de intervenir del gobierno ha disminuido en los últimos años, debido a fenómenos como la

2. Sobre la movilización para la construcción del Hospital de Campana en la Región Este de la Ciudad de São Paulo, se llevó a cabo una entrevista con un profesor de la Unifesp, campus de la Región Este en abril de 2020; sobre las cocinas solidarias, se condujo una entrevista con un representante del MTST en septiembre de 2021; y sobre la experiencia de São Mateus em Movimento, se realizó una entrevista con su coordinador en septiembre de 2021.



globalización. A partir de la década de los setenta, creció la visión internacional de que el Estado no podía seguir manteniendo el mismo nivel de gasto social (especialmente en los países de Europa y en los Estados Unidos) al que estaba acostumbrado desde el final de la Segunda Guerra Mundial. A partir de la década de 1980, los gobiernos comenzaron a adoptar medidas de ajuste fiscal y restringieron su intervención en la economía y en las políticas sociales. Es decir, reemplazaron las llamadas políticas keynesianas por políticas restrictivas de gastos. (Harvey, 2008). El resultado es una visión predominantemente neoliberal del Estado en varios países. Es decir que crece y se fortalece cada vez más la visión de reducir la intervención del Estado, lo que se traduce concretamente por acciones de privatización de los sectores públicos, la subcontratación en los servicios públicos y una más grande (pero ilusoria) competencia en la economía. Al mismo tiempo, el aumento de las tecnologías de la información y la precariedad del mundo del trabajo, acompañado de la “uberización”<sup>3</sup>, son fenómenos de finales del siglo XX y principios del XXI. En resumen, el gran proceso que llamamos globalización está afectando el poder del Estado para tributar y gastar (Harvey, 2008; Robinson, 2011).

En el presente momento, ante la pandemia de Covid-19, mucho se ha discutido sobre cómo han actuado los gobiernos para combatirla. Hay varios autores que critican a los gobiernos neoliberales

3. Llamamos uberización al proceso de precarización de los empleos, es decir empleos sin derechos laborales y bajo el despotismo de las empresas/aplicaciones.

por haber desmantelado a lo largo de los años la infraestructura de los servicios sociales, lo que permitió la rápida propagación del contagio del coronavirus y sus efectos en la economía y en la vida de la población. Sin embargo, poco se ha discutido sobre el rol del gobierno (alcaldía) de la ciudad más grande de América Latina, São Paulo, en las políticas públicas municipales. Sobre todo porque Brasil presenta unidades federativas, es decir que los municipios están dotados de autonomía política, expresada por su capacidad de crear leyes orgánicas.

En las últimas elecciones, se defendió la idea de privatizar los servicios públicos y reducir la intervención del Estado, conforme a la ya mencionada visión neoliberal. Se eligió en 2016 como gobernador del estado de São Paulo el exalcalde, João Doria<sup>4</sup>, con el discurso de que él no era un político, sino un gerente. Su campaña fue centrada en la idea de que el servicio privado era mejor que el público, es decir que su principal bandera fue la privatización (desestatización). Además, ante su renuncia en 2018, sus sucesores, Bruno Covas y Ricardo Nunes<sup>5</sup> siguen

4. João Doria se eligió alcalde de São Paulo en octubre de 2016. Antes fue un presentador de televisión y empresario. Durante su gobierno, actuó facilitando el acceso político a la comunidad empresarial, es decir, facilitando la formación de grupos de presión. La campaña de Doria proponía un modelo de relación empresa-Estado que incluía la noción de “empresario-benefactor” – la figura del empresario como ganador, trabajador y merecedor – que colabora con el Estado no sólo pagando impuestos, sino también haciendo donaciones expresivas y supuestamente desinteresadas.

5. Bruno Covas fue teniente de alcalde de João Doria. Con la salida del alcalde, Covas asumió el cargo de alcalde. En 2020 se



la práctica de “venta de la ciudad”; de hecho, varias instalaciones públicas se han transferido a la gestión empresarial privada: parques, estadios, cementerios, terminales de autobuses, pistas de carreras, edificios e incluso los espacios abajo de los viaductos (Prieto y Laczynski, 2020).

¿Y cómo está São Paulo en este momento de pandemia? ¿El sector privado está pudiendo atender a la población de más de 11 millones de habitantes? ¿Hasta qué punto el sector privado puede ocuparse de la población de una ciudad con más de 11 millones de habitantes y hasta qué punto el papel del Estado es actuar en favor de un servicio universal para la población municipal?

Primero, necesitamos entender el espacio geográfico de la ciudad. El crecimiento de São Paulo está marcado por procesos interconectados entre la integración del territorio, por la desarticulación de las economías tradicionales, por los nuevos roles de la circulación en el proceso productivo, por el aumento de los flujos migratorios y la concentración de la renta (Santos, 2009). A lo largo del siglo XX, muchos habitantes vinieron del campo y de ciudades más pequeñas, de forma desorganizada, lo que provocó la aglomeración de la población en las enormes periferias desprovistas de servicios públicos.

Por lo tanto, São Paulo es una ciudad caracterizada por la segregación de ingresos, género, etnia, raza y acceso a servicios públicos. La ciudad es visiblemente desigual, con un centro más blanco y rico

postuló a la reelección, ganó la disputa, pero murió en 2021. Su teniente de alcalde, Ricardo Nunes, asumió el cargo.

y sus periferias, más pobres y más negras. Las políticas públicas deben considerar esta desigualdad para atender de manera equitativa a toda la población. No se trata solo de discurso, sino de legislación. La Ley Orgánica del Municipio de São Paulo, la ley principal del municipio, en su artículo segundo, establece que la organización municipal observará, entre otros principios y lineamientos, “la garantía de acceso, a todos, de una manera justa e igual, sin distinción de origen, raza, sexo, orientación sexual, color, edad, situación económica, religión o cualquier otra discriminación, a los bienes, servicios y condiciones de vida esenciales para una existencia digna “(Ley Orgánica de São Paulo, art. 2, inciso VIII).

Sin embargo, los tomadores de decisiones y los gestores públicos no parecen tomar en cuenta estas desigualdades, ya que aún no se ha propuesto ninguna acción realista basada en las necesidades de los que viven en las periferias. El año pasado, el Gobierno Municipal de São Paulo creó un programa llamado Ciudad Solidaria, que tenía como objetivo implantar acciones transversales para atender a la población, pero el programa se limitó a la entrega de kits básicos de alimentos con la ayuda de organizaciones no gubernamentales. Es cierto que, hasta el 20 de noviembre de 2021, según datos oficiales, el gobierno entregó 5,2 millones de kits de alimentos básicos a sus ciudadanos.

## **Iniciativas locales**

Mientras las autoridades públicas permanecen sin rumbo definido, formas de solidaridad surgieron entre los habitantes de São Paulo. Los residentes se organizaron en la búsqueda de fondos, así como recolectando alimentos y artículos de primera necesidad (por ejemplo: los productos de cuidado personal, el alcohol en gel, el jabón, los alimentos no perecederos) para montar los kits y distribuirlos a los más vulnerables.

En la región del este de São Paulo se realizó una gran movilización para exigir la construcción de un hospital de campaña. La iniciativa nació en abril de 2020 en un encuentro virtual promovido por el Foro de Cultura de la Región Este, que contó con la participación de nueve colectivos culturales y profesores del Campus Este de la Universidad Federal de São Paulo. En el encuentro, se intercambiaron informaciones acerca de las diversas iniciativas realizadas.

En el fin del encuentro, los participantes consideraron que era necesario solicitar la instalación de un hospital de campaña en la región. Con el uso de panfletos, videos y varias otras acciones de comunicación, la iniciativa creció y recibió el apoyo de varios movimientos sociales e incluso algunos parlamentarios. Sin embargo, en los 20 meses de la pandemia, los dos únicos hospitales de campaña construidos se ubicaron en barrios centrales.

Algunas iniciativas de la Iglesia católica se ubicaron en los barrios centrales del municipio que

también son los más ricos, y precisamente por eso, concentran una gran parte de los habitantes de la calle. Por ejemplo, la iniciativa del padre Júlio Lancelotti (amenazado de muerte por representantes de movimientos de extrema derecha) y la iniciativa del Servicio Franciscano de Solidaridad (SEFRAS) que instalaron una carpa a fines de marzo de 2020 en el Largo São Francisco, Centro de São Paulo, para intensificar la asistencia a los habitantes de la calle. Estas iniciativas han sido fundamentales para asistir a esta población que ha crecido mucho en el último año de la pandemia. Además de la comida distribuida a las personas sin hogar, los franciscanos también comenzaron a donar ropas y mantas, cajas de alimentos básicos, kits de higiene, limpieza y protección personal para familias en comunidades vulnerables.

Otra iniciativa vino del Movimiento de Trabajadores Sin Techo (MTST), que sigue actuando fuertemente en las ciudades brasileñas y, en consecuencia, en São Paulo. Además de continuar con el trabajo de distribución de comida, inauguró el proyecto Cocinas Solidarias en São Paulo. La primera Cocina Solidaria fue implementada en el barrio Brasilândia, en la región norte del municipio. Su inauguración fue el 13 de marzo de 2021. Desde entonces, se han inaugurado veintidós cocinas en el país: una en el Norte (Roraima), tres en el Noreste (Alagoas, Pernambuco y Sergipe), seis en el Sureste (dos en Río de Janeiro y cuatro en Minas Gerais), cuatro en el Centro-Oeste (tres en Brasilia y una en

Goiás) y una en el sur (Paraná)<sup>6</sup>. Desde la cocina, el movimiento pretende garantizar alimentos de calidad utilizando productos orgánicos. Las cocinas solidarias preparan comida y consiguen atender a un promedio de 130 personas al día. Además de la distribución de comidas, el proyecto promueve el cultivo de huertas comunitarias urbanas en las periferias, responsable por los alimentos en las cocinas, y ha establecido alianzas con agricultores familiares.

En la región sur de São Paulo, Paraisópolis, una ciudad con más de 100 mil habitantes, una iniciativa de los vecinos brinda una auténtica lección a nuestros gobernantes. La organización G10 Favelas creó una verdadera estrategia de guerra para enfrentar la pandemia y la cuarentena en una realidad de gran pobreza. Se organizó comités vecinales para mapear la comunidad e identificar líderes voluntarios. Cada líder, también llamado presidente de calle, está encargado de cuidar a 50 hogares. Sus tareas incluyen: sensibilizar a los residentes para que se mantengan en confinamiento; entregar los kits; recibir la información sobre cualquier caso grave de la enfermedad.

La asociación de vecinos puso a la disposición de los presidentes de calles dos camionetas para distribuir los materiales recolectados a todas las casas (por ejemplo, los alimentos y los artículos de higiene). Además, como el servicio público de ambulancias no llega a la comunidad, se contrataron tres ambulancias disponibles las 24 horas del día para los residentes. El equipo de las ambulancias está formado por dos

6. Brasil tiene cinco regiones (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur), 26 estados y un distrito federal.

médicos, cuatro enfermeras y dos socorristas.

Otra acción que se está llevando a cabo es la educación profesional de socorristas en la comunidad. Estos socorristas actúan en caso de emergencia mientras llega la ambulancia. Para los casos leves de contaminación, dos escuelas públicas totalmente renovadas fueron adecuadas para que sirvan de alojamiento. Actualmente atienden a más de 500 personas.

La prevención también es una forma de acción. A partir del programa Cosiendo Sueños Brasil, las costureras de las favelas están produciendo más de un millón de mascarillas que son distribuidas a los residentes de las favelas.

Como iniciativas de apoyo financiero, existe el programa “Adopte una Trabajadora del Hogar” que se propone garantizar mínimamente las condiciones de sobrevivencia de las mujeres que trabajan de forma autónoma y se han encontrado repentinamente sin ingresos. A través de este programa, más de 1000 trabajadoras del hogar reciben kits de alimento e higiene, y 150 reciben también una ayuda de R\$ 300,00 mensuales (el equivalente de 50 euros).

El G10 Favelas también ha estimulado el comercio local con campañas para favorecer la compra en los mercados y en las tiendas de las comunidades. Los 55 mil platos de comida y los 19 mil kits ya distribuidos son compuestos por productos del comercio local. El programa Manos de María permitió producir casi 10 mil platos de comida diarios que son comprados en los restaurantes locales y distribuidos gratuitamente.

En la Región Este de São Paulo, la Asociación São Mateus em Movimento ubicada en la Vila Flávia (distrito de São Mateus), desarrolla diversas actividades culturales, como saraos, clases de grafiti, dibujo, capoeira, musicalización, tutorías escolares, etc. São Mateus em Movimento fue creado en 2007 por un grupo de jóvenes que vivían en el barrio; hoy representa un espacio cultural que integra a otros colectivos y también es la raíz de Favela Galeria, un proyecto de galería de arte al aire libre.



Grafiti en una pared en Vila Flávia, Alcaldía Regional de São Mateus, Municipio de São Paulo (Imagen 1)

Fuente: Patricia Laczynski

Durante la pandemia, São Mateus em Movimento creó dos programas: “São Mateus Contra el Virus y Contra el Hambre” y el Proyecto “Salve Me Salve”. El primer programa comenzó el 17 de marzo de 2020 y se desarrolló como una gran campaña a lo largo de 2020, en asociación con varias personas y diversas entidades. La asociación organizó la difusión,

las solicitudes de aporte económico, la compra y distribución de alimentos y de productos de higiene y limpieza.



Vila Flávia, Alcaldía Regional de São Mateus, Municipio de São Paulo (Imagen 2)

Fuente: Patricia Laczynski

El proyecto “Salve Me Salve” implementado en 2021 como una continuación de “São Mateus Contra el Virus y Contra el Hambre”, tuvo más dificultades. São Mateus em Movimento y el Colectivo Favela em Galeria organizaron lives para recaudar fondos, hicieron obras de arte para vender y revertir a la población local, y realizaron una exhibición de arte en la Favela Galeria. El servicio se organizó a partir de cinco grupos de WhatsApp, cada uno formado con 100 madres de la comunidad, totalizando 500 madres. Se estima que el servicio alcanzó a 1800 personas. En una rápida evaluación, se puede afirmar que los dos programas recolectaron más de 170 toneladas de alimentos y de productos de higiene y limpieza.

La campaña São Mateus em Movimento influyó a otros colectivos culturales para realizar

actividades similares. De hecho, el éxito fue tan grande que permitió a São Mateus en Movimento atender a otras comunidades, barrios, regiones e incluso a otras ciudades.

Aunque se haya negado la pandemia durante mucho tiempo, la sociedad civil parece capaz de organizarse para superar las fallas del poder público. Estas iniciativas pueden convertirse en fuente de inspiración para redefinir las políticas públicas cuando la situación vuelva a la normalidad.

## **Conclusión**

Entre un Estado muy ausente y con tendencia a la privatización y un mercado regido por intereses privados e individuales, surgen iniciativas sociales y comunitarias. Es necesario que el Estado busque, financie, colabore menos con el mercado y más con estas iniciativas que son capaces de solucionar enormes problemas con pasos de hormiga.

Termino este artículo citando a uno de los organizadores del G10 Favelas Paraisópolis: “la ciudad necesita un gobierno que cree una política pública específica para las favelas; ya tenemos políticas para salvar bancos, centros comerciales y minoristas; y las favelas, nadie ha dicho cómo salvarlas”.

## **Bibliografía**

HARVEY, David (2008), O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola.

PRIETO, Gustavo F. T.; LACZYNSKI, Patrícia (2020), “São Paulo à venda: ultraneoliberalismo urbano, privatização e acumulação de capital (2017-2020)”, GEOUSP Espaço e Tempo (Online), v. 24, n. 2, p. 243-261.

Robinson, William I. (2011). “Global capitalism and 21st century fascism”, Al Jazeera, 8.  
SANTOS, Milton (2009). Metrópole Corporativa Fragmentada. São Paulo: Edusp.

### *Documentos consultados:*

“Programa de Governo. Prefeito: João Doria; Vice: Bruno Covas. 2016”. Disponível em [https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2016/10/proposta\\_governo1471620086520.pdf](https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2016/10/proposta_governo1471620086520.pdf)

São Paulo. Lei Orgânica do Município de São Paulo, de 4 de abril de 1990. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/educacao/cme/LOM.pdf>.

### *Sítios de internet consultados:*

G10 Favelas. <https://g10favelas.com.br/>. Acesso em 01 de junio de 2021

MTST. Movimento dos Trabalhadores Sem Teto. <https://mtst.org/mtst/as-cozinhas-solidarias-do-mtst-refeicoes-gratuitas-e-afeto-nas-periferias-do-brasil/>. Acesso em 01 de junio de 2021.

Sefras. Serviço Franciscano de Solidariedade. <https://sefras.org.br/>. Acesso em 01 de junio de 2021.

## **13. Participación de la sociedad civil en las políticas públicas en salud.**

**Reflexiones desde la experiencia de la sociedad civil colombiana en la pandemia.**

**FRANCISCO A. ROSSI BUENAVENTURA**

**CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ**

Fundación IFARMA

### **Introducción.**

Una de las muchas reflexiones sobre el futuro de la especie humana, en estos tiempos de crisis, al menos en las sociedades que consideramos que se fundamentan en los derechos humanos y en la democracia, ha sido justamente la del papel de las organizaciones no gubernamentales, también denominadas “de la sociedad civil” o también “de base comunitaria”, en la definición de las políticas públicas en general y las de salud, en particular.

La pandemia puso al desnudo lo mejor y lo peor de los humanos, de la forma en la que nos organizamos socialmente y de la forma en que nos relacionamos



con otras especies y con el ambiente. De hecho, desde la perspectiva del enfoque “Una Sola Salud”, (WHO, 2010) la Covid 19 es un resultado predecible si se mira el carácter extremo en que explotamos el ambiente, producimos animales para consumo y corremos las fronteras agrícolas.

Los organismos multilaterales, y la OMS en particular, respondieron rápidamente a la emergencia global del virus SARS-COV-2, urgiendo a los gobiernos de los países, enfrentar la crisis desde el más alto nivel. Los presidentes, primeros ministros, los jefes de gobierno se pusieron al frente y tomaron las decisiones, pues se requeriría una respuesta rápida y con todos los recursos disponibles. En este empeño, el éxito de los organismos multilaterales es inobjetable. El manejo de la emergencia estuvo, y aún hoy, sigue estando, en manos de las más altas autoridades en todos los países.

Pero este éxito, sin paralelo en la historia de la Organización de las Naciones Unidas y todas sus organizaciones especializadas, resultó ser la causa de una de sus peores épocas, pues otorgó una enorme fortaleza a los buenos, a los mediocres y a los malos gobiernos, que los hay, al precio de un debilitamiento sin precedentes del multilateralismo. El Presidente de los Estados Unidos acusó a la OMS de ser cómplice de la China a quien culpó de haber creado y liberado el virus intencionalmente, y la chantajeó con el no pago de sus contribuciones obligatorias, llegando hasta formalizar el retiro del país de la organización. Un presidente puede hacer eso. LA OMS debió entonces adelantar un enorme esfuerzo diplomático para su

supervivencia sacrificando su prestigio, su historia y su capacidad técnica. Algo mucho más grave sucedió con la OMC, cuyo director general, el brasileño Roberto Azevedo, prefirió renunciar ante similares presiones y amenazas del presidente del mismo país. Con razón se ha dicho que una de las primeras y de las más graves víctimas de esta pandemia, ha sido el multilateralismo. (Velásquez, 2021).

Confiar el manejo de la pandemia a las autoridades políticas del más alto nivel, politizó brutalmente su manejo, a niveles inconcebibles. Las decisiones sobre aislamiento, confinamiento, requisitos sanitarios para los viajeros y así sucesivamente, lejos de guiarse por la ciencia y la técnica, se tornaron en instrumento de conflictos internos con la oposición y de conflictos externos con los países enemigos. Brasil se alineó con los Estados Unidos, mientras Venezuela buscaba el apoyo de Rusia. En muchos países, el mismísimo presidente decidió si la cloroquina o la ivermectina eran útiles o no para el manejo de los casos graves. Unos ordenaron el uso obligatorio de los tapabocas mientras otros casi que los prohibieron. Un espectáculo que la historia seguramente calificará como una crisis vergonzosa de liderazgo global.

Pero además de sacrificar a la ciencia y a la técnica, y de sacrificar millones de personas, los más poderosos dirigentes globales, los de los países desarrollados, decidieron hacer sus mejores esfuerzos por mantener sus privilegios, sus ingresos y por hacer de la peor catástrofe global de que tengamos noticia, una oportunidad de negocio. Para tal fin, sacrificaron entonces los fundamentos de la “comunidad



internacional”, los derechos humanos, los principios de igualdad, solidaridad y fraternidad, los principios de la democracia.

Volvemos entonces a la pregunta inicial de este escrito. ¿Cuál es el papel de las organizaciones de la sociedad civil? En las páginas siguientes trataremos de dar una respuesta desde la experiencia de una red de organizaciones de Colombia, entendiendo que este tipo de grupos humanos existen justamente, porque esos principios y esos derechos merecen ser defendidos sin concesiones ni limitaciones, sin negociaciones, sin condicionamientos y sin intereses. Ese no fue el caso ni de los organismos multilaterales, ni mucho menos de los gobiernos.

### **El punto de vista.**

La filosofía ha otorgado a esta expresión un significado trascendental, que se asimila al concepto de “perspectiva” o al de “enfoque” (Vázquez, Liz, 2015). Resulta de la mayor importancia, hacer explícito el ángulo desde el cual se presenta y se fundamenta un análisis como el que proponemos, de la participación de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas.

Si bien los gobiernos de la mayoría de países del mundo han jurado por sus dioses y por sus ancestros, cumplir con las constituciones, los derechos humanos y los principios de la democracia, la realidad es que, especialmente en ésta pandemia, los principios han sido sacrificados por los intereses políticos de corto plazo. Eso nos han contado cotidianamente los

titulares de prensa de cada uno de los días de esta pandemia que ya prácticamente completa dos años. La necesidad de dar respuestas ha sido reemplazada por el manejo de la imagen. El liderazgo se supeditó al rating.

Los gobiernos han mostrado como nunca antes, que sus decisiones son el resultados de compromisos, arreglos y negociaciones, más importantes que el interés general, el interés público, al momento de proponer o ejecutar políticas y de tomar decisiones para enfrentar esta emergencia.

En el nivel global el asunto, con mucho, ha sido peor. Analizaremos más adelante las razones por la cuales, el llamado del Secretario General de las Naciones Unidas, Antonio Guterres, a que una vacuna fuera un bien público global, fue ignorado y desechado para privilegiar los intereses comerciales de un grupo de empresas farmacéuticas, y de como la propuesta de la India y de África Del Sur de suspender temporalmente los Derechos de Propiedad Intelectual para vacunas y tratamientos para Covid 19, fue sistemáticamente boicoteada por los países desarrollados en donde tienen su sede las grandes farmacéuticas (Correa et al, 2021).

Hemos llegado a la conclusión de que, las organizaciones de la sociedad civil, cualquiera que sea su denominación y orientación, cumplen con la función de vigilar a los gobiernos y a la comunidad internacional, para que se cumplan los principios y se actúe en desarrollo de los valores que sustentan las sociedades en que vivimos. Nos interesa asegurar

que los derechos humanos no sean conculcados en nombre de interpretaciones e intereses.

### **La red de organizaciones de la campaña regálate un minuto.**

Desde hace más de 20 años, se han constituido en Colombia organizaciones de base comunitaria, agrupando personas que viven con el VIH, con el VHC y otras organizaciones orientadas al acceso a medicamentos, cuyo principal objetivo es que los pacientes con enfermedades transmisibles tengan acceso al diagnóstico y al tratamiento de estas y otras patologías similares. Algunas incluso se focalizan en el acceso al tratamiento para el cáncer.

Desde el año 2015, con el apoyo de Coalition Plus, una organización con base en Francia, se ejecutó un proyecto destinado a fortalecer el acceso a la información, al diagnóstico y al tratamiento de la hepatitis C, especialmente como co-infección con el VIH. El proyecto incluyó el diseño y desarrollo de una campaña que fue titulada “regálate un minuto”, que no te sorprenda la hepatitis C. La que logró consolidar una red de cerca de 20 organizaciones en más de 10 ciudades de Colombia, como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla N° 1. Organizaciones de la campaña regálate un minuto. Colombia.

ORGANIZACIÓN	Representante Legal	Ciudad o Municipio
Fundacion amigos por la vida ( fudavida )	Onedis Angulo Ochoa	Arjona
Fundacion cesurados	Juan Carlos Archila	Cucuta
Asociacion cimetos de luz	Ricardo Sierra	Sincelejo
Fundacion Cristiana Shaddai	Nestor Jaime SantaCruz Lopez	Pitalito
Fundacion semillas del cauca (funsec)	Alexander perafan	Popayan
Asociacion amigos positivos	Eduardo Pastrana	Cartagena
Fundacion luna valentina (fundaluva)	Ines Helena Cano	Medellin
Fundacion huellas de arte	Paola andrea montaña	Bogota
Fundacion organización accion humanista	Luder Fuentes	Barranquilla
Hogar de paso prodihogar	Dalila Castro Barrios	Ibague
Red nacional de mujeres populares tejiendo vvida.	Mayerline Vera	Cartagena
Fundacion Casa gami	Nayibe Gil	Cali
Corporacion temeride	Angelica Jimenez Izquierdo	Pereira
Corporacion el Faro	Nelson Cifuentes	Manizales
Asociacion gapomaro	Claudia Samudio	Bogota
Liga colombiana de lucha contra el sida	Jorge Alberto Pacheco	Bogota
Red colombiana de personas viviendo con VIH o con Sida recolvih	Jorge Cruz	Bogota
Fundacion casa para el servicio de orientacion social al indigente Sergente	Alexander Matiz Atencio	Cali

Fuente: Campaña regálate un minuto. <https://www.regalateunminuto.net>

La mayoría de ellas nacieron para asegurar el acceso al tratamiento para el VIH, dado que el costo de los antiretrovirales para los países en desarrollo, ha sido y aún sigue siendo un obstáculo para que todos los que lo requieran lo reciban de manera permanente. No está demás recordar que, aunque el VIH-SIDA dejó de ser una condena de muerte, aún

se trata de tratamientos no curativos, por lo que los pacientes deben continuar recibiendo la terapia toda su vida.

La causa fundamental del alto costo de estos medicamentos estriba en la protección a la propiedad intelectual, especialmente mediante patentes, protección que desde 1995, debe otorgarse en todos los países miembros de la OMC. Antes de ese año y del Acuerdo sobre los Derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC por su sigla en español, TRIPS en inglés), la mayoría de los países en desarrollo y algunos desarrollados no otorgaban patentes a medicamentos, tanto por razones técnicas como por razones de interés público. Un medicamento patentado podrá venderse a un precio de monopolio excluyendo a los grupos de población más pobres o menos protegidos independientemente de que de su acceso dependa la vida misma (Correa, Velásquez, 2018).

La protección de patentes para medicamentos o vacunas para enfermedades transmisibles excluye a los grupos de población más vulnerables del acceso a la prevención o al tratamiento, lo cual constituye, sin ninguna duda, una completa estupidez epidemiológica. Lo que sucedió por años con el VIH, hoy se ha vuelto dramáticamente visible con el acceso a las vacunas, pues al no poder vacunar a toda la población y restringir su acceso a determinados países, se favorece la aparición de variantes que más tarde o más temprano desarrollarán resistencia, con lo que, como especie, habremos perdido la batalla, aunque algunas empresas y algunos países, habrán hecho

el negocio de la década, si no del siglo (Temesgen, 2020).

La hepatitis C, hoy sabemos que se trata de una patología viral, transmisible y crónica que, felizmente, puede curarse mediante una terapia combinada de antivirales en un tratamiento que dura 3 meses. Una excelente noticia desde la ciencia y desde la salud pública pues cada paciente tratado significa cortar una cadena de transmisión en una enfermedad infecciosa. La mala noticia es que su precio se convirtió en uno de los debates globales más acalorados, pues gracias a la protección a la propiedad intelectual, especialmente las patentes, fue comercializado inicialmente a cerca de cien mil dólares en los países ricos, reduciendo el precio a cerca de treinta mil en los primeros cinco años, y hoy puede obtenerse a cerca de cinco mil. Mientras tanto, aparecieron genéricos en algunos países en los cuales no fue otorgada la patente, a precios que inicialmente rondaban los mil dólares, y que hoy están cerca a los cien (Rossi, Vargas, 2019).

El trabajo de las organizaciones miembros de la campaña se ha movido en dos frentes. El primero, de carácter nacional, en el cual el conjunto de las organizaciones ha buscado ejercer un papel de vigilancia y de incidencia política en las decisiones del gobierno central, específicamente el Ministerio de Salud. El segundo y ciertamente el más relevante, el de asegurar a nivel local, en las zonas urbanas y rurales en las cuales tienen su ámbito de influencia, que las poblaciones vulnerables, las que tradicionalmente no son apropiadamente atendidas, tengan acceso al

diagnóstico y al tratamiento, tanto para el VIH como para la hepatitis C.

## **La historia de la solicitud de DIP para Hepatitis C**

En el nivel nacional, la acción de mayores repercusiones ha sido la presentación de una solicitud de Declaración de Interés Público (DIP) para los antivirales de acción directa utilizados en el tratamiento de la hepatitis C. Esta declaración busca, en la práctica, que se otorguen licencias obligatorias para que competidores puedan ofertar genéricos a precios substancialmente menores, con lo que el acceso al tratamiento se facilite y se aumente la cobertura. La solicitud, presentada originalmente por IFARMA, ha sido apoyada por las organizaciones de la campaña en todo el país. Hemos de precisar que la solicitud fue presentada en octubre de 2015, y que, a pesar de que las normas procedimentales determinan que una solicitud debe resolverse (de manera positiva o negativa) en un plazo no mayor a 6 meses, ya completamos más de 6 años esperando una respuesta<sup>1</sup>.

Pudiera pensarse que, como consecuencia de esa indecisión del Gobierno Nacional, el esfuerzo de las organizaciones de la sociedad civil ha sido en vano. Nada más alejado de la verdad. Gracias a la

1. Una línea de tiempo del manejo que el Ministerio de Salud ha dado a la solicitud puede verse en la página de la campaña regálate un minuto en el siguiente link: <https://www.regalateun-minuto.net>

presión de las organizaciones de la campaña, en 2017 el Ministerio de Salud toma la decisión de centralizar la compra de antivirales de acción directa al Fondo estratégico de la OPS, obteniendo una reducción del precio desde treinta mil dólares a cerca de diez mil, en la primera compra y a cuatro mil en las subsiguientes<sup>2</sup>.

Sin embargo, es necesario resaltar que, más allá de las repercusiones nacionales del trabajo de las organizaciones, el aspecto más relevante de su accionar cotidiano, ha estado orientado a buscar que lo que el sistema de salud ofrece a los ciudadanos contribuyentes, también llegue a los grupos más vulnerables, los grupos marginados, los grupos invisibilizados. Nos referimos a las poblaciones en situación de pobreza, de usuarios de drogas inyectables, los y las trabajadores del sexo, la población trans, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que viven con el VIH y, muy importante, la población migrante.

Desde una perspectiva de salud pública, son las poblaciones clave. Aquellas en las cuales es imprescindible un trabajo activo de búsqueda de casos, de seguimiento y de acompañamiento, pues es la forma en la que cualquier epidemia concentrada, puede ser contenida y convertida en un problema de salud controlado. Así está estipulado en los documentos de los Objetivos de Desarrollo sostenible a nivel global, y en el plan nacional de control de las

2. La documentación del proceso de compra centralizada puede verse en la página: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx>

hepatitis virales 2014 - 2017<sup>3</sup>.

La tarea cotidiana combina acciones con las poblaciones vulnerables, tanto en entornos institucionales como en la calle, con acciones de incidencia ante los gobiernos locales, asegurando que los pacientes que sean identificados puedan ser canalizados a las instituciones obligadas a prestarles los servicios de diagnóstico y tratamiento.

### **La controversia sobre la Cobertura Sanitaria Universal en las enfermedades transmisibles.**

Colombia ha sido presentado como uno de los países más exitosos para adelantar una reforma a la salud que transforme los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda. La propuesta del aseguramiento en salud, impulsada por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo desde finales del siglo pasado y principios de este siglo. La OMS ha asumido en una postura un tanto confusa, la transformación de la atención primaria como la propuesta de organización de los servicios de salud para los países en desarrollo, en la Cobertura Universal en Salud, cuyo principal énfasis se centra en la protección de la población contra los gastos catastróficos sanitarios.

En Colombia hoy se debate si el aseguramiento, como forma de organización de la salud pública y la atención médica, ha contribuido a la equidad en el

3. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/plan-nacional-control-hepatitis-virales-2014-2017.pdf>

acceso a los servicios de salud. La respuesta es que no, mostrando una gran concentración de servicios de alto costo en los deciles de mayores ingresos, mientras los más pobres experimentan restricciones tanto geográficas como institucionales (Rubio, 2008). Sin embargo, en el caso de las enfermedades transmisibles, especialmente el VIH y las hepatitis virales, el fracaso es monumental. Estas patologías, concentradas en grupos especialmente vulnerables, incrementan sus tasas de positividad a niveles angustiosos, sin que nadie se haga responsable, pues en los sistemas de aseguramiento, la responsabilidad de la atención se deriva del pago de las contribuciones obligatorias, para tener acceso a servicios en función de la capacidad de gestión del paciente. Así se deriva del informe del manejo de las hepatitis virales presentado por la Cuenta de Alto Costo, en la que las diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado son enormes. (CAC, 2019).

### **La Pandemia. No volveremos a la normalidad porque la normalidad era el problema.**

Mucho se ha escrito, y mucho habrá de escribirse sobre los orígenes de esta pandemia. Sin embargo, existe un cierto consenso científico (no político) sobre que buena parte del problema estriba en que somos muchos y nos movemos en un esquema económico que ha hecho del crecimiento un imperativo. Así, nuestro modelo de explotación de los recursos naturales, la presión sobre las áreas forestales por la expansión de la frontera agrícola y ganadera, nuestro

modelo de cría de animales para consumo y nuestro modelo de urbanización, hicieron que una pandemia como la que nos ha tocado vivir, haya sido predecible incluso hasta las desigualdades en la distribución de vacunas<sup>4</sup>.

Al mismo tiempo, la imagen de un orden global democrático, un país un voto, la búsqueda de consensos por el bienestar y la salud global, ha dado paso, de manera dolorosa, hay que subrayarlo, a la evidencia de un orden neocolonial profundamente asimétrico y tremendamente injusto, en el que, el acceso a las vacunas ha sido absurdamente inequitativo lo que el presidente de África del Sur ha denominado el Apartheid de las vacunas (Zaheer, 2020).

En marzo de 2020, cuando el mundo estaba reconociendo la gravedad de la epidemia, el secretario General de las Naciones Unidas pronunció palabras inspiradoras y esperanzadoras:

*“La salud humana es el bien público mundial por excelencia. Y hoy, nos enfrentamos a un enemigo público global como ningún otro. En un mundo interconectado, ninguno de nosotros está a salvo hasta que todos estemos a salvo. La COVID-19 no respeta fronteras. COVID-19 en cualquier lugar es una amenaza para todas las personas en todas partes. El mundo necesita el desarrollo, la producción y la distribución equitativa de vacunas, terapias y diagnósticos COVID-19 seguros y eficaces.*

*No una vacuna o tratamientos para un país, una región o la*

4. Al respecto se hizo célebre la película “contagio” estrenada en 2011, un Thriller basado en la experiencia global con la epidemia H1N1, pero también en las predicciones de Larry Brilliant, un científico que había trabajado en la erradicación de la viruela y a quien se atribuye la afirmación “la pregunta no es si va a suceder, es cuando”.

*mitad del mundo, sino una vacuna y un tratamiento asequibles, seguros, eficaces, de fácil administración y universalmente disponibles, para todos, en todas partes. Un mundo libre de COVID-19 requiere del esfuerzo de salud pública más masivo de la historia. Se deben compartir datos, preparar la capacidad de producción, movilizar recursos, involucrar a las comunidades y dejardelado la política. Sé que podemos hacerlo. Sé que podemos poner a las personas primero. Estas nuevas herramientas deben ser un ejemplo muy claro y esencial de un bien público global. Durante demasiado tiempo, hemos infravalorado y subinvertido en bienes públicos mundiales: un medio ambiente limpio, ciberseguridad, paz, y la lista continúa<sup>5</sup>.”*

Dijimos al inicio de este escrito que la pandemia había revelado lo mejor y lo peor de nuestro carácter de seres humanos. Aquí debíamos afirmar que lo que vimos, fue lo mejor de las personas, en especial de los trabajadores y trabajadoras de la salud, y, sin duda, lo peor de nuestros líderes. Mientras los “súper millonarios” de América latina incrementaron sus fortunas como nunca antes, especialmente en el sector financiero, las poblaciones marginadas no tuvieron acceso al agua para cumplir con la más elemental medida sanitaria para combatir el virus; lavarse las manos frecuentemente (OXFAM 2020).

Ante la pandemia, el mundo prefirió mantener un orden internacional colonialista y preservar el modelo de innovación basado en la propiedad intelectual, que buscar respuestas solidarias. A pesar del llamado del SG de la ONU, los círculos del poder global rápidamente se organizaron para financiar, predominantemente

5. <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2020-04-24/statement-of-commitment-and-call-for-support-for-the-global-collaboration-accelerate-the-development-production-and-equitable-access-new-covid-19-tools>



con recursos públicos, las investigaciones destinadas a obtener, no una vacuna para toda la humanidad, sino una serie de ellas, en un ambiente competitivo y en una lógica de mercado y de negocio. El resultado está a la vista. Muy rápidamente tuvimos vacunas, pero mientras los países desarrollados han alcanzado niveles superiores al 70% de vacunación a su población, en África, el promedio no alcanza al 10%, en lo que el Presidente Cyril Ramaphosa, de África Del Sur calificó como “el apartheid de las vacunas”<sup>6</sup>.

Para enfrentar la brecha en el acceso a las vacunas y las desigualdades en la distribución, se discute en el seno de la OMC, y en particular en el Consejo de los ADPIC, una propuesta presentada por la India y África del Sur que tiene por objeto, suspender de manera temporal los derechos de propiedad intelectual mientras dure la pandemia y para los medicamentos, dispositivos y vacunas para hacerle frente. Fue presentada en octubre del 2020, hoy tiene el apoyo de más de 60 países, incluyendo el de los Estados Unidos de América, pero un grupo de países, especialmente de la Unión Europea, han decidido bloquear las decisiones utilizando para ello todas las herramientas diplomáticas y políticas a su alcance. El resultado ha sido vergonzoso. Una decisión que

6. En diferentes titulares de prensa, especialmente en África, se ha hecho mención de tan brutal desigualdad. Este es un ejemplo: <https://apnews.com/article/climate-change-united-nations-general-assembly-united-nations-africa-science-11425d2449903ba448a96b2bof106a70> Más recientemente, con la aparición de la variante “Omicron” se ha resaltado como, rápidamente, la Unión Europea reaccionó bloqueando los vuelos de los países del sur de África mientras ordenaba el uso de terceras dosis en su población.

podiera contribuir a resolver una parte del problema para los “menos favorecidos” ha sido postergada por más de un año, para preservar las grandes ganancias de los laboratorios farmacéuticos involucrados en esta carrera (Zeferino de Menezes, 2021).

Las cosas en América Latina no son mejores. A pesar de ser la región que más muertes ha sufrido proporcionalmente, la cobertura de vacunación no supera el 30% en promedio. Contrasta esta realidad con la publicidad que puede verse en cualquiera de nuestras ciudades, invitando a tomar una semana de vacaciones en Miami, para vacunarse. Las vacunas, por si fuera necesario aclararlo, son gratuitas. Se trata de revitalizar primero, la industria del turismo en el país que aún hoy, sigue siendo el más rico del mundo.

## **Conclusión.**

Las organizaciones de la sociedad civil hacemos lo que podemos, con los modestos recursos que somos capaces de gestionar. Denunciamos aquello que contradice los principios de nuestra organización social, especialmente los derechos humanos, al mismo tiempo que nos ocupamos de ofrecer apoyo y servicios de salud a las poblaciones vulnerables.

La definición de las políticas públicas, en manos de los gobiernos, no obedece ni a criterios científicos ni a criterios basados en los principios de la democracia y los derechos humanos. Los gobiernos consiguen llegar al poder gracias a acuerdos y negociaciones con grupos de interés, que luego se traducen en decisiones de política pública que siguen esas orientaciones.



El papel de los organismos multilaterales, finalmente sustentados en los valores de la democracia y de los derechos humanos, tampoco han conseguido mantener su independencia y su influencia sobre los gobiernos para la definición de políticas públicas las cuales están igualmente mediadas por acuerdos diplomáticos. La experiencia del mundo con la pandemia ha sido la de un tremendo debilitamiento del multilateralismo.

La participación de las organizaciones de la sociedad civil en la definición de políticas públicas en América latina, ha sido de denuncia y de vigilancia. Sin embargo su eficacia es muy relativa, habida cuenta de la gravedad de la situación, de la urgencia de las medidas y la pobre transparencia con la que se han tomado las decisiones. Sin embargo, y en palabras de uno de los líderes de nuestras organizaciones en Colombia, el Dr Germán Holguín Zamorano: *“esta no es una guerra que estemos obligados a ganar. Es una guerra que estamos obligados a librar”*.

## **Bibliografía.**

World Health Organization. WHO. FAO-OIE-WHO Tripartite Concept Note. Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. April 2010. Available at: [https://www.who.int/foodsafety/zoonoses/final\\_concept\\_note\\_Hanoi.pdf](https://www.who.int/foodsafety/zoonoses/final_concept_note_Hanoi.pdf)

Velasquez Germán. (2021). “Las reformas de la

organización mundial de la salud en la época de Covid 19”, en Buss Paulo y Tobar Sebastián. Organizadores. Salud Global y diplomacia de la salud, una visión desde América Latina y el Caribe. Ediciones ALASAG. Fiocruz, Rio de Janeiro. Págs 191-211.

Vázquez Campos Margarita, Liz Gutiérrez Antonio Manuel, *“The Notion of Point of View”*, in: Temporal Points of View: Subjective and Objective Aspects, Springer, 2015, ISBN 3319198157

Correa Carlos M; Siam Nirmalya; Uribe Daniel. 2021. Implementación de una exención de los ADPIC relacionados con tecnologías y productos sanitarios para la COVID-19: Evitar reclamaciones en virtud de acuerdos de libre comercio e inversión. South Centre. Documento de investigación No 135. Disponible en: [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/11/RP135\\_Implementacion-de-una-exencion-de-los-ADPIC-relacionados-con-tecnologias-y-productos-sanitarios-para-la-COVID-19\\_ES.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/11/RP135_Implementacion-de-una-exencion-de-los-ADPIC-relacionados-con-tecnologias-y-productos-sanitarios-para-la-COVID-19_ES.pdf)

Correa Carlos M, Velásquez Germán. 2018. Experiencias con licencias obligatorias y el uso gubernamental. El Caso de la Hepatitis C. El Centro del Sur. Documento de investigación No 85. Disponible en: [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2018/06/RP85-Acceso-a-medicamentos\\_-licencias-obligatorias-y-uso-gubernamental\\_Hep-C.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2018/06/RP85-Acceso-a-medicamentos_-licencias-obligatorias-y-uso-gubernamental_Hep-C.pdf)

Temesgen Boru Zeleke. 2020. Equitable access to Covid 19 related health technologies: a global priority. South Centre. Research paper No 114. Available at: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/06/RP-114.pdf>

Rossi Francisco, Vargas Claudia. 2019. Antivirales de acción directa para la hepatitis C: Evolución de los criterios de patentabilidad y su impacto en la salud pública en Colombia. El Centro del Sur. Documento de investigación No 96. Disponible en: [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2019/08/RP96\\_Antivirales-de-acción-directa-para-la-Hepatitis-C\\_ES.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2019/08/RP96_Antivirales-de-acción-directa-para-la-Hepatitis-C_ES.pdf)

Rubio-Mendoza, M. L. (2008). Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 10(SUPLEMENTO 1), 29-43. Recuperado a partir de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96652>

Cuenta de alto costo. 2019. Situación de la hepatitis C crónica en el régimen contributivo de Colombia. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/02/HepatitisC2019.pdf>

Zaheer Abbas Muhammad. 2020.

PRACTICAL IMPLICATIONS OF 'VACCINE NATIONALISM': A SHORT-SIGHTED AND RISKY APPROACH IN RESPONSE TO COVID-19. The South Centre. Research paper No 124. Available at: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/11/RP-124.pdf>

OXFAM. 2020. El Coronavirus no discrimina. La desigualdadessi.Vencerlapandemiarequiereenfrentar las desigualdades. Nota informativa de OXFAM. Disponible en: [https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/2020-03/Covid%2019%20en%20LAC\\_nota%20informativa\\_F\\_O.pdf](https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/2020-03/Covid%2019%20en%20LAC_nota%20informativa_F_O.pdf)

Zeherino de Menezes, Henrique. 2021. The TRIPS waiver proposal. An urgent measure to expand access to the Covid 19 vaccines. The South Centre. Research paper No 129. Available at: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/03/RP-129.pdf>

## **14. MSF experience in working with communities in collaborative, participatory organised action during Covid-19.**

**ÁINE MARKHAM,  
CHRYSAFO ARVANITI**

*This article was presented at MSF Urban Spaces workshop (February 2022)*

### **Introduction**

The Covid-19 pandemic took the world by surprise, affecting populations across the globe; it disproportionately affected the most vulnerable and marginalized people in all societies. The politicization of all aspects of the pandemic resulted in years of public health preparation failing to materialize, bringing into sharp focus the lack of global solidarity necessary for pandemic control. While science and technology rallied to produce diagnostics, vaccines, and treatments for Covid-19, nationalistic ‘me first’ protection policies and a profit-driven pharmaceutical industry contrived to limit better use of these tools, resulting in a global failure to bring the pandemic under control.

Nonetheless, the first year of the pandemic

saw societies across the globe rally in support and solidarity of their and other communities. As an international medical-humanitarian organization, Médecins Sans Frontières (MSF) was both active and impacted by the spread of Covid-19. This chapter gives an overview of MSF actions during the initial 18 months of the pandemic. A brief description of MSF and the MSF Urban Spaces project, is followed by an overview of main axes of intervention and challenges during this period. The latter part of the chapter addresses support by the MSF Urban Spaces to MSF volunteers that mobilized in different countries in collaboration with vulnerable people within their own societies. While MSF associative members and staff reacted en masse to the impact of Covid-19 within their communities. However, this chapter is limited to an overview of actions associated with the MSF Urban Spaces initiative as examples of how communities rise to the challenge of societal crises caused or accentuated by Covid-19.

## **MSF**

Since its launch in 1971, Médecins Sans Frontières (MSF), an international, independent, medical humanitarian organization, delivers emergency aid to people affected by armed conflict, epidemics, healthcare exclusion, and natural disasters irrespective of race, religion, gender, or political affiliation. For 50 years, MSF has assisted people in humanitarian crises, saving lives, alleviating suffering, and bearing witness. The purpose of these actions is not purely medical but

grounded in an expression of solidarity. Adhering to the humanitarian principle of proximity, MSF aims to demonstrate its solidarity by being as close to patients and populations as crises allow.

## **MSF: an association**

MSF refers to itself as a Movement, constituted by 27 institutional member associations; it is a civil society organization. National and regional gatherings bring members together for formal and informal debates and activities. Members are present or former MSF employees or volunteers. Their responsibility is to voice opinions, providing guidance and ensure that MSF remains true to its charter<sup>1</sup> and principles. This social contract between members and the institution is the key accountability mechanism of the organization. As such, MSF membership supports the institution of MSF and has less focus on MSF as a civil society actor in societies where associative members live.

Over the past decades, MSF associative membership has increased in both numbers and geographic spread as the organization has grown. The association has long recognized the need to support its' members, outside of their 'day job', to channel their passion and dedication to the humanitarian values and ethics that guide MSF.

Often referred to as social capital, Robert Putnam, the political scientist, and professor at Harvard Kennedy School, explains how voluntary

1. <https://www.msf.org/msf-charter>

cooperation is easier in a community where there is substantial social capital in the form of reciprocity and networks of civic engagement. By having in place relationships of trust, society's efficiency can be improved by collaborative actions. In this case, also like in other forms of capital, social capital become productive and makes things possible that would not have been there in its absence (Putnam, 1994).

Using Putnam's logic, the MSF Urban Spaces initiative was part of a response from MSF members and staff to build social capital within and beyond the organization, while grounding MSF in the communities where they work.

### **MSF Urban Spaces**

The MSF Urban Spaces initiative supported MSF staff and members to find ways to express their humanitarian common values and interests through voluntary action within their communities. Starting in 2018, it drove a participatory approach to organized action with communities. It provided training, tools, small investment, and support to MSF members and staff engaging with civil society actors, to assist those most in need in their own societies.

Initially focusing on actions to address the phenomena of dehumanizing or the 'othering' of people on the move (refugees, migrants), Urban Spaces initiatives were set up in the cities of Athens, Turin, Istanbul, Johannesburg, Montreal, and Mexico City. MSF staff and members volunteered in community networks, engaging and collaborating in

the identification of needs and actively contributing to the proposed innovative solutions. The objective was to assist MSF members and staff to participate in local community-driven action and acknowledge communities as agents and owners of change.

A fundamental principle of this initiative is collaborative networking. In particular, going beyond the notion of mobilizing others to act and focusing on the 'organizing of action' with all involved, especially those members of the community that could most benefit from the expected outcomes. The approach aimed to unlearn pre-established assumptions, which frequently determined who spoke on behalf of whom and actions taken.

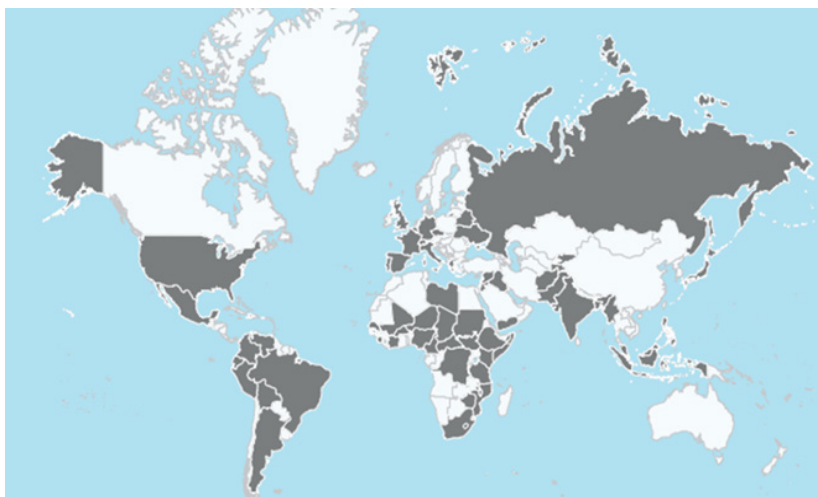
Using this collaborative approach, vulnerable groups, civil society, and MSF volunteers moved away from preconceived categories or classical roles, which divided groups into benefactors, implementers, and beneficiaries. This created a foundation of trust on which to build relationships. Urban Spaces promoted a distributed leadership model, where those acting, learned on a collaborative, open-ended, ongoing basis from one another. This built capacity and developed capabilities within communities to deal with global challenges (such as migration pandemic preparedness and response, climate crisis, and health) at the local level, in support of empathy towards populations in crises in other communities.

Even prior to COVID-19 this network approach highlighted the importance of consistently building upon strengthening community based tactics and approaches. It also demonstrated the strength and

potential of collaborative engagement by all actors, recognizing citizens as having agency and being change agents in their own communities.

## **MSF & COVID-19**

At the end of 2020, MSF was working in 70 countries supporting more than 300 projects dedicated to COVID-19 activities. The majority of activities were located in Africa, followed by the Middle East and North Africa, The Americas, Asia and the Pacific and Europe and Central Asia.



Picture 1: MSF global activities

Source: *Responding to COVID-19, Global Accountability Report 4, January to April 2021, MSF*

In the first half of 2021, new waves of infection driven primarily by emerging variants of concern kept infection rates high, while vaccine scarcity and inequity

meant that Covid-19 vaccines availability advanced slowly and in too few countries. In mid-2021 MSF was still providing or supporting Covid healthcare actions in over 52 countries.

From the outset, MSF set principles to guide and prioritize action. MSF focused on maintaining and supporting health services, protecting vulnerable populations, especially those most at risk, protecting health workers and MSF staff, and lobbying for equitable access to vaccines, diagnostics, and treatments.

With borders closing and a rupture in the international supply chain, MSF was unable to send supplies where and when needed nor to replace international field personnel. This resulted in MSF staff finding innovative and creative ways to maintain existing services respond to emerging crises (including but not exclusively Covid related) and protect MSF staff.



## PROJECTS

**333** MSF projects with COVID-19 activities  
**72** Countries with MSF COVID-19 activities  
**40%** of MSF projects with a mental health component

## HEALTH FACILITIES

**839** Health facilities receiving COVID-19 technical, training or material support  
**179** Health facilities with medical support for COVID-19 patients  
**4,745** Beds for COVID-19 patients prepared/ managed by MSF

## OTHER FACILITIES

**1,231** Supported retirement and nursing homes  
**244** Supported reception and sheltering facilities for migrants, refugees and the homeless

## PROTECTIVE EQUIPMENT AND HEALTH PROMOTION

**3.6 MILLION** COVID-19 protective equipment, masks and hygiene kits distributed  
**388,000** COVID-19 Health promotion sessions in health structures  
**412,000** COVID-19 Health promotion sessions in communities or other facilities

## CARE FOR SUSPECT AND CONFIRMED CASES

**195,700** COVID-19 suspect outpatient consultations  
**22,900** COVID-19 suspect or confirmed inpatient admissions  
**12,100** COVID-19 patients treated with severe symptoms  
**127,000** COVID-19 tests conducted

of exposure. Some MSF projects initiated innovative actions, including a cloth mask-making factory in Kunduz, Afghanistan and the organization of local tailors to provide cotton facemasks to non-COVID patients and non-clinical MSF staff in Ouagadougou, Burkina Faso. MSF improved water and sanitation services both in communities, and healthcare facilities, providing hand washing facilities and distributing soap in multiple contexts from West Africa to the Bronx, in New York.

As healthcare systems were overrun by COVID-19 patients, MSF increased hospitalization capacity for patients with severe disease by re-purposing existing health care and other structures and setting up field hospitals. Burns units in Haiti, Ebola treatment centres in Guinea Conakry, basketball stadiums in Mexico, public gallery spaces, unused public infrastructure became Covid-19 treatment centres from Bangladesh to Venezuela. MSF built field hospitals in countries throughout Asia, Africa, the Middle East, and the Americas, even in France. As the pandemic spread, MSF provided support to hospitals for patients across different geographies, including the West Bank, India, Peru, Malawi, and the provision of respiratory and intensive care to patients in Yemen.

MSF supporting the continuation of essential health care services such as maternity care, emergency surgery, providing care for people with diabetes, HIV and Tuberculosis, and other acute care needs. Expanding on existing telemedicine networks, enabled MSF to increase the reach of services. This resulted in innovative approaches for patients,

Picture 2: Summary of MSF Global activities,  
March 2020 – April 2021

Source: *Responding to COVID-19, Global Accountability Report 4, January to April 2021, MSF*

While initially transmissible modes of Covid-19 were unclear, good infection prevention control (IPC) became a priority, with access to and proper use of personal protective equipment (PPE) essential to curb transmission in healthcare. MSF trained health personnel from across the globe including Cambodia, Spain, Malawi, Brazil, Belgium, even the USA. They provided PPE, identified local sources, and adapted IPC regulations ensuring the correct use of PPE and prioritizing its use towards staff with the highest risk



including those on tuberculosis treatment in Eswatini, where patients received daily medication support via video conference.

MSF participated in Covid-19 vaccination campaigns in Lebanon and France, and joined ventures with other international and national non-government organizations to vaccinate people without homes or official papers in Belgium (MOBIVAX, MSF, 2021).

As severely ill Covid-19 patients overwhelmed hospitals in countries from Malawi to Brazil and Peru, the demand for oxygen greatly surpassed local production capacity. Deprived of oxygen and hospital beds, and with little access to vaccines, people died. MSF worked to support hospital capacity and spoke out publically to draw the world's attention to the mortality caused by lack of oxygen (MSF, 2021).



Picture 3: MSF Report, "Gasping for air", May 2021

Source: MSF, <https://www.msf.org/oxygen-supplies-must-be-scaled-coronavirus-covid-19-response>

Misinformation and disinformation, sometimes from government sources, sowed confusion and aggravated existing doubt and mistrust in and between populations. MSF worked on providing up-to-date information to communities, emphasizing the need for non-pharmaceutical interventions within communities. Disseminating health information and addressing people's fears, actions included door-to-door, phone, social media campaigns and community messaging. Covid-19 treatment myths and re-purposing of medication without scientific evidence did severe damage. Particularly in countries such as Brazil, where the pandemic spread unchallenged through the Indigenous populations of Brazil's Amazon region, resulting in a humanitarian catastrophe (MSF, 2021).

In retirement homes for older people in Europe, USA, Brazil and Ecuador, MSF improved infection control measures, trained staff and provided psychological counseling and mental healthcare services to residents and care-workers. MSF worked in prisons in Italy, as well as shelters housing migrants, refugees and homeless people, distributing masks, hygiene items, providing education, and offering shelter and housing including self-isolation capacity in South America and across Europe.

MSF advocated against profiteering on drugs, tests or treatments used for COVID-19 and essential for bringing the pandemic under control. It raised concerns on the cost of point-of-care diagnostic tests and argued for a waiver on intellectual property monopolies. MSF has consistently lobbied for vaccine

equity. The gap between wealthy countries vaccinated and everyone else continues to grow, meaning gaps or no protection for frontline health workers and most-at-risk populations, particularly those living in contexts with multiple ongoing health emergencies.

Over the course of the first 18 months of this pandemic MSF responded to measles, Ebola and Cholera epidemics in Africa and hurricanes in Central America. Search and rescue sorties continued in the Mediterranean Sea, conflicts escalated in Ethiopia and Yemen and many populations remained trapped in existing humanitarian crises. Covid-19 accentuated already existing problems, with isolation and reduced community mobility hitting the poorest hardest. Refugee camps such as Cox Bazaar in Bangladesh saw an increase in both poverty and hunger. The gender gap was made increasingly evident with women and girls enduring most of the social impact of Covid-19, including a globally reported escalation of partner and domestic violence, sexual violence, unemployment and increase in the double-burden of work related to domestic unpaid work.

### **MSF URBAN SPACES & COVID-19**

In this climate, many MSF staff and members, some of whom were unable to take up jobs due to COVID restrictions and international travel bans, sought new outlets to support communities closer to home. Many found themselves employed by MSF to work in Covid-19 health care provision, in countries where MSF was not normally operational. Others

participated in large-scale voluntary efforts driven by MSF entities in collaboration with other NGOs, e.g the MOBIVAX project in Belgium.

Other MSF staff and associative members sought to engage at the community level. MSF Urban Space already had roots within MSF membership. Originally used in urban settings, the initiative had focused on working in partnerships built on the principle of ‘nothing about us without us’. Examples included collaborative networks in Turin, Athens, Johannesburg and Pretoria that campaigned to promote a positive narrative addressing the inhumane conditions and treatment of migrants and refugees to counteract the xenophobic narrative dominating public media.

The MSF Urban Spaces four-step approach was designed to promote participatory community organized action.



Picture 4: MSF Urban Spaces Four Step approach:

Source: *MSF Urban Spaces*

Creating partnerships provided an understanding of the guiding principles and conditions needed for equitable partnerships and networks

successful. The emphasis being to build and evaluate networks through equity and trust, to help sustain, grow and renew partnerships. Strategic development dealt with skills for planning, identifying and agreeing on what change or impact the action intended to achieve. It challenged participants to ask the right questions to make the collaborative action successful (what, who, when, how, where?). Taking action emphasized the importance of choosing the right tactics that engaged others to act and created the conditions for successful outcomes. While sustaining engagement, built skills on organizing coordinated action in local teams, specifically how capacity grows over time and stays within the community. Helping to sustain community action by incorporating new resources (volunteers, partnerships, collaborations, ideas), bolstering the progress and success of community action.

With the arrival of Covid-19, MSF proactively sought to support its staff and members to engage in community-driven participatory action. Public health measures across multiple contexts, particularly lockdowns, meant that many communities needed to create virtual interactive support (and that isolated communities were now more isolated than ever).

### **Building additional capacity**

To build additional capacity, the Urban Spaces team created online training forums, open to all staff and members, through informal and participatory ‘How To’ sessions. These sessions focused on sharing

good practices and examples of organized action with communities as participants not recipients. The MSF Urban Spaces tool kit was explained through existing examples, with new experiences shared on how to organize remote or virtual actions and support the re-opening of communities post lockdown. Other sessions discussed how to be creative and innovative in the design of community actions and importantly what to do for communities with limited or no access to the internet.

One on one coaching sessions were organized, combined with peer to peer experience sharing, to create an international, interconnect supportive network and empower peers to engage in collaborative action. Coaching sessions focused on out-side-the-box and creative thinking and partnership building and helped link up external skill sets in support of community action. This work was still ongoing in June 2021.

### **Building on work done**

Existing urban space initiatives rapidly re-positioned already developed, partnerships and adapted or strengthened activities, to focus on the COVID-19 reality within their community.

In Montreal, MSF volunteers were working in partnership with the Samuel Center of Connectedness. This partnership organized ‘Welcome Sessions’ for asylum seekers recently arrived in Canada. With the arrival of Covid-19, in-person welcome sessions became phone calls. The pandemic prevented

recruitment and the training of new volunteers, but resulted in a new pool of volunteers being recruited from asylum seekers who had already benefited from the programme. Following an online training these new recruits delivered 'welcome sessions' via phone calls, offering updated information to newly arrived migrants. Phone calls were available in English, French, Spanish, Portuguese, and Arabic. Those benefiting from the Welcome Session then received a monthly newsletter providing essential up-to-date information on the Covid-19 situation varying from what to do if you lost your employment, to links to food banks, free online courses, and recommendations on health and wellbeing.

MSF Southern Africa also had existing experience with MSF Urban Spaces initiative in both Johannesburg and Pretoria. The arrival and severity of the Covid-19 pandemic in the region prompted this association to rapidly promote the use of the Urban Spaces toolkit, and resources across the region. Angola, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, South Africa, Zambia, used the participatory community organized action approach to build a wide range of activities supporting the most vulnerable groups in various communities. Activities included health promotion training for Community Health Worker and communities on handwashing and hygiene, the use of masks, including in some actions, the provision, and training of community members on how to make reusable facemasks. Soap and facemasks were distributed to sex workers and food parcels and PPE were provided to those living with HIV and TB. MSF

Southern Africa repurposed their original networks and amplified the use of this community-led approach, sharing their results and experiences within the MSF global network, participating in 'How To' sessions and contributing to peer-to-peer learning.

### **Initiating new actions**

In Jigawa State in Northern Nigeria, 20 MSF volunteers from the MSF West and Central Africa Association (WACA) witnessed a rapidly deteriorating health situation with much misinformation. The MSF volunteers were especially concerned with nine remote, poor, and extremely isolated communities that had almost no access to healthcare. Reaching out to these village elders, the volunteers built a collaborative partnership with the communities around the, Mask Me Against Covid-19 (M-MAC) campaign.

The campaign aimed to reduce misconceptions around the pandemic, help prevent the spread of Covid-19 and better understand community health and social problems. It reached over 5,000 people, through informative and interactive sessions. It set up handwashing points, and distributed soap and 20,000 reusable masks. The entire campaign was co-created with the local community and messages shared were based on what the community considered effective.





with the M-MAC campaign team. Additionally, collaboration with virtual networks translated existing educational material into Huasa for use within the community.



Picture 7: M-MAC health education material, Jigawa State, Nigeria

Source: *We-MakeMasks*, Open source COVID-19 health educational material, <http://wemake-masks.com/>



Picture 5 & 6: M-MAC campaign and mural, Jigawa State, Nigeria  
Source: *MSF Urban Spaces*, June 2021 reproduced with the permission of Spark 4

Poor internet access was addressed by the use of murals on highly frequented community spaces. Achieved through the international network built via Urban Spaces, a short video on “how to prepare a mural” was created by a graffiti artist and shared

In Nairobi, Kenya volunteers from MSF East Africa Association built a partnership with the Betty Adera Foundation and community members from the marginalised urban zone of Kangemi. Aiming to raise awareness on sexual and gender based violence and Covid-19, they launched the “*Tatua Mwenendo Mashinani*” project, which means “Grassroots Communities Changing their Ways of Learning and Behaving”. With 40 volunteers from Betty Adera Foundation and 50 MSF volunteers, the team reached around 3500 vulnerable youths and women, through a series of voluntary trainings, emphasizing hand washing and masks use. This was done using different community engagement tactics, from formal health sessions in schools, to impromptu sessions in

key community meeting areas in Kangemi. Sessions emphasized how people could protect themselves and their community during Covid-19 times. Soap and reusable masks were distributed, hand-washing sites were installed and volunteers donated a sewing machine for the community to make their own reusable cotton masks.



Picture 8: Tatua Mwenendo Mashinani team, Nairobi, Kenya  
Source: MSF Urban Spaces, June 2021

## **Virtual Engagement**

With strict public health measures in place during the first and second wave of Covid-19, virtual interconnectivity became increasingly important.

Focus was placed on supporting communities to re-open safely, while continuing to practice non-pharmaceutical interventions (hand-washing, masks, physical distancing, self-isolation) to reduce the risk of community transmission.

Collaborative partnerships in Turin organized e-learning training and workshops for 700 volunteers from 28 organizations to support inclusive community action post-lockdown. These workshops resulted in an infection prevention control toolkit for use in community settings.

Creative suggestions on best methodologies to communicate and educate communities around Covid-19 came directly from the communities themselves. Examples already mentioned in Jigawa (Nigeria) and Kangemi (Nairobi, Kenya) used well frequented public spaces, designing murals and doing impromptu community health education sessions. In South Africa, communities requested storytelling as a more culturally acceptable and ubiquitous means of providing information to the population.

MSF staff and members knew by experience how stories attract attention and deliver messages in direct and effective ways coinciding with local knowledge systems. Prompted by this demand MSF Urban Spaces and MSF Southern Africa partnered with the non-profit organization StoryCenter and organised a series of training workshops. The workshops were open to MSF volunteers and leaders of communities groups of vulnerable populations, in Europe, Asia, West-East and South Africa.

In a similar way the idea of a series of Podcasts

as a health communication tool was used by the MSF South Asian Regional Association. The suggestion came from MSF volunteers, out of concern for people with limited internet access and communities living in remote areas. Designed to be shared via communication apps (eg. Whatsapp, Telegram, Signal), four podcasts dealing with a different subject to improve the understanding of what was Covid-19, protection, mental wellbeing, etc. were produced. These podcasts could be downloaded and listened to as often as needed. They could also be listened to in community groups, for those not lucky enough to own a phone. Proposed by community members themselves, it was seen as an equitable means through which information could be shared.

## **Conclusion**

With the spread of Covid-19, MSF reacted and adapted work on the prevention and treatment of severe cases of Covid-19, drawing the attention of the world to the results of global inequality and the disastrous impact of vaccine inequity, which continues unabated. MSF reacted to ongoing and concurrent emergencies while striving to maintain health services in the communities where they work.

Simultaneously, MSF volunteers across the globe participated in community action addressing the impact of Covid-19 in the communities where they lived, aiming to assist those most vulnerable and therefore most impacted by the pandemic within their

societies. The MSF Urban Spaces initiative having already demonstrated collaborative community organized action as a way to have successful partnerships and outcomes with communities scaled up their support to the MSF international network. Unpicking traditional hierarchal roles of 'givers and receivers', this initiative helped MSF volunteers to unlearn previously learnt practices and move towards equitable partnerships, built on trust rather than dependence. It promoted the use of a distributed leadership model and collaborative action to build capacity within communities and sustain engagement in community action. It supported MSF volunteers in creating and sharing the space to 'act', seeking creative and innovative solutions with and for communities.

Using group and individual support methodologies the MSF Urban Spaces team created an international learning community, providing 'how to' sessions, coaching, peer-to-peer learning, and specific technical skills learning in response to demands. The MSF Urban Spaces team and the different collaborative networks worked together to translate the community participatory approach into the virtual environment imposed by the pandemic. They scaled up community action, building on work already done, demonstrating the value of how capacity building in communities strengthens community response in times of crisis. MSF volunteers built additional capacity launching new local initiatives across the globe, respecting community voices and adapted action to circumvent barriers to information



and health, using existing knowledge systems for successful outcomes.

These interventions showed that each action is context specific and needs to be designed and implemented with the community concerned. MSF Urban spaces initiative demonstrated that there is no preconceived recipe nor ‘one-size-fits-all’ solution, and that local partnerships for action can benefit from global networking for inspiration and innovation. Finally, it showed the strength of acknowledging communities as change agents and not passive recipients of assistance.

The MSF Urban Spaces initiative has been translated into an on-line, open access, e-learning platform, which will be available in early 2022 on the application TEMBO.



Picture 9: MSF Urban Spaces overview of outcomes, July 2021

Source: MSF Urban Spaces

*The authors would like to acknowledge that this chapter covers*

*only a fraction of actions done by MSF volunteers during the first 18 months of the Covid-19 pandemic, including many that were done outside of MSF Urban Spaces support.*

## References

Putnam R., 1994, Marking Democracy Work, Civic Traditions in Modern Italy, Chapter 6, Princeton University Press.

MSF Urban Spaces, <http://urbanspaces.msf.org/>

MSF, 2020, Responding to COVID-19, Global Accountability Report 4, Jan. to April 2021, <https://www.msf.org/msf-and-coronavirus-covid-19-january-april-2021>

MSF, 2020, Responding to COVID-19, Global Accountability Report 3, Sept. to Dec 2020, <https://www.msf.org/msf-and-coronavirus-covid-19-september-december-2020>

MSF, 2020, Responding to COVID-19, Global Accountability Report 2, June to August 2020, <https://www.msf.org/msf-and-coronavirus-covid-19-june-august-2020>

MSF 2021, MOBIVAX, Notre équipe mobile dédiée à la vaccination COVID-19 des personnes sans-abri à Bruxelles, <https://www.msf-azg.be/fr/news/mobivax-notre-%C3%A9quipe-mobile-d%C3%A9di%C3%A9e-%C3%A0-la-vaccination-covid19-des-personnes-sansabri-%C3%A0-bruxelles>

MSF, 2021, Gasping for Air, The deadly shortages in

medical oxygen for COVID-19 patients, Briefing paper, May 2021, <https://www.msf.org/oxygen-supplies-must-be-scaled-coronavirus-covid-19-response>

MSF 2021, Failed COVID-19 response drives Brazil to humanitarian catastrophe, Press statement, April 2021, <https://www.msf.org/failed-coronavirus-response-drives-brazil-humanitarian-catastrophe>

**Recuadro 4: Andrea COSTAFREDA**  
**Directora para América Latina y el Caribe, Oxfam Intermón, España**

*Texto escrito por Sarah Fleury*

Al inicio de la pandemia, el principal obstáculo a superar parecía científico, pero hoy en día las desigualdades se convierten en barrera porque se está extendiendo la brecha entre dos mundos: los países ricos se están volviendo inmunes, pero se espera que los países del Sur lo sean en 2024 en el mejor caso. A escala mundial, el 80% de las vacunas se encuentran monopolizadas por los países de la OCDE (sólo el 30% de la población mundial). Oxfam habla de un «apartheid de las vacunas», insistiendo en la dificultad de los países africanos, por ejemplo, para obtenerlas. El impacto de la pandemia es muy desigual según el país, pero también según las características de cada persona (género, etnia): «la tormenta es la misma, pero nos ha cogido en barcos diferentes». Oxfam expone que entre marzo y julio de 2020 hubo 8 nuevos multimillonarios en América Latina, mientras que, según la CEPAL, 50 millones de personas podrían caer en la pobreza. Andrea Costafreda señala la vulnerabilidad de las mujeres que, según la misma fuente, producen alrededor del 20% del PIB con su trabajo de cuidados. También menciona la vulnerabilidad de los indígenas y afrodescendientes, ilustrado por el caso brasileño donde los negros y los pobres representan 6 de cada 10 muertes del virus. La salud no es un derecho para todos, sino el privilegio de los más ricos, se compra y se mantiene según los ingresos, la raza y el grupo social. La orden de quedarse en casa sigue siendo poco realista cuando «la subsistencia está en la calle» para la mayoría de los habitantes, y el 60% de la población latinoamericana (sobre)vive en la informalidad. ¿Cómo financiar la respuesta pública, reactivar la región económicamente, negociar o cancelar las deudas de

los países más frágiles? Oxfam, al igual que la OCDE o el FMI, ruega por una fiscalidad más justa basada en la riqueza y los beneficios empresariales (Argentina) y no en el trabajo o el consumo (Colombia). Por último, defiende el acceso universal a la vacunación y aboga por la eliminación de las patentes, la transferencia de tecnología entre los países del Sur y el fortalecimiento de las inversiones en los sistemas de salud.

## Conclusion

### MADY MALHEIROS BARBEITAS

Chercheuse associée au Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (cermes 3/Inserm/CNRS)

L'idée initiale selon laquelle le SARS-COV-2 serait un virus égalisateur, comme incarnation de la société du risque (U. Beck<sup>1</sup>) affectant tous les pays et toutes les populations de la même façon, s'est avérée profondément fautive. Certes, le virus et ses variants se sont disséminés rapidement dans le monde entier, mais leurs impacts se sont fait ressentir plus lourdement dans les pays avec de fortes inégalités sociales, en particulier dans les Amériques. Les chiffres en 2022, même s'ils sont sous-estimés, illustrent cette dure réalité : il y aurait 2.71 millions de décès par Covid-19 dans les Amériques depuis 2020, ce qui représente 44% de décès par Covid-19 dans le monde<sup>2</sup>. Comme l'a montré Egidio Miotti, le taux élevé de décès, ou l'effet du virus sur la santé publique, est une conséquence des choix politiques dans le cadre d'un trilemme. À ce titre, une étude publiée par Sheila Jasanoff et

1. Ulrich Beck, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Aubier, 2001.

2. Our World in Data. Disponible: <https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-deaths-region>. Date du dernier accès: 13/04/2022.

al<sup>3</sup>, classifie deux pays des Amériques, le Brésil et les États-Unis, comme « chaotiques » en termes de politiques sanitaires mises en place contre le Covid-19 entre 2020 et 2021. Ce n'est pas surprenant que ces pays figuraient en tête de liste en termes de taux de contamination et de décès en 2021.

Dans le cas brésilien, dès le début de la pandémie, le président Jair Bolsonaro et le gouvernement fédéral ont nié la gravité de la maladie, tandis que les leaders de l'opposition, les experts en santé publique du Ministère de la Santé et des universités ont préconisé des mesures de contrôle basés sur les recommandations de l'OMS. Comme l'explique Natalia Pasternak, au-delà de s'opposer au confinement, Bolsonaro a recommandé l'hydroxychloroquine comme traitement préventif au Covid-19. Le limogeage de deux ministres de la santé au cours de 2020 illustrent les tensions autour de cette recommandation controversée.

Si les tensions politiques ont accentué l'impact de la pandémie dans les Amériques, un certain nombre de conditions préexistantes ont également contribué au taux élevé de mortalité, en particulier un sous-investissement chronique du système de santé et de protection sociale comme l'a expliqué Alberto Arenas de Mesa. En effet, les dépenses publiques dans la région sont d'environ 3,7 % du PIB, bien inférieur à la recommandation de l'OMS et de l'Organisation

3. Sheila Jasanoff, Stephen Hilgartner, J. Benjamin Hurlbut, Onur Özgöde, Margarita Rayzberg with support from CompCoRe Research Team. Comparative Covid Response: Crisis, Knowledge, Politics. Interim Report. Harvard Kennedy School, January 2021.

Panaméricaine de la santé (6 % du PIB). Selon Miguel González Block, la pandémie de Covid-19 au Mexique a entraîné une augmentation de 40 % des dépenses personnelles pour les soins d'urgence. En réalité, ce chiffre ne représente qu'une petite fraction dans l'échelle régionale. Une partie importante de la population des Amériques n'est pas couverte par le système de santé et de protection sociale. Ainsi, si une hospitalisation s'impose, l'accès à des soins de réanimation s'avère difficile quand la population n'a pas de couverture médicale.

Enfin, lorsqu'on passe du niveau macro (des pays) au micro (des populations à l'intérieur des pays), la surmortalité au sein de certains groupes devient plus nette. Comme l'a montré Anna Barrera Vivero, la pandémie a touché de façon disproportionnel les populations vulnérables des Amériques : les afro-descendants, les femmes, les enfants, les personnes handicapées et les travailleurs informels. De plus, plusieurs études<sup>4</sup> ont confirmé un risque élevé d'infection et, par conséquent, de décès dans les milieux socialement défavorisés dont les types de logement et les conditions de travail rendent malaisé le respect des consignes de prévention, dont l'accès au dépistage s'avère souvent plus difficile et qui doivent plus fréquemment renoncer à des soins. Les témoignages proposés par Anna Barrera révèlent

4. François Roubaud, Mireille Razafindrakoto, João Saboia, Marta Castilho, Valeria Pero. *The municipalities facing COVID-19 in Brazil: socioeconomic vulnerabilities, transmission mechanisms and public policies* & Fiocruz, *Boletim socioepidemiologico da Covid-19 nas favelas*. Disponible: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-boletim-socioepidemiologico-da-covid-19-nas-favelas>

au quotidien comment les familles ont survécu à des longs périodes sans travail, sans accès aux soins et à l'éducation des enfants ou des personnes handicapées. En réalité, comme dit Didier Fassin<sup>5</sup>, le coronavirus ne fait que révéler un fait plus général sur les communautés défavorisées, à savoir l'excès de maladies et de décès, fait qui se traduit en chiffres par les estimations d'espérance de vie. En effet, naître dans un milieu défavorisé dans les Amériques signifie que l'espérance de vie à la naissance peut être jusqu'à quinze ans plus brève que dans un milieu privilégié.

Toutefois, plusieurs initiatives ont contribué à soulager la pression sur les milieux défavorisés. Comme l'a montré Merike Blofield et Alberto Arenas de Mesa, les transferts d'argent ont été cruciaux pour ralentir l'ampliation du niveau de pauvreté et de pauvreté extrême dans plusieurs pays. D'autre part, des organisations internationales telles que MSF (texte de Áine Markham) associées aux communautés locales (textes de Luisa Iñiguez et Patricia Laczynski) ont montré des nouvelles possibilités d'organisation sociale hors le cadre État-nation pour sortir d'un contexte d'urgence et de crise. Ces initiatives locales ont, entre autres, soutenu la reconversion des systèmes de santé pour élargir leur capacité à répondre à la pandémie, ouvrant la voie pour la mobilisation sociale comme mécanisme de pression pour inscrire effectivement ces expériences dans les politiques publiques.

5. Didier Fassin, l'inégalité de vies. Discours inaugural au Collège de France, 2020. Disponible : <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/inaugural-lecture-2020-01-16-18h00.htm>

**ANNEXES**  
**Présentation des auteur.e.s de  
l'ouvrage**



### **Anne Peggy Hellequin**

Professeure de géographie à l'Université de Paris Nanterre. Elle est responsable de l'atelier Santé, enjeux sanitaires et territoire du LADYSS (UMR 7533) et co-responsable du Master Territoire, Ville et Santé (UPN-UPEC). Ses thèmes de recherche sont l'environnement urbain, la pollution de l'air, les inégalités territoriales et les représentations des risques. Elle est la coordinatrice scientifique du colloque Sociétés, Crises et Santé publique en Europe, en Amérique Latine et dans les Caraïbes.

### **Mady Malheiros Barbeitas**

Vétérinaire et docteure en santé et sciences sociales à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris. Chercheuse associée au Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes 3) UMR CNRS 8211 - Unité Inserm 988. Ses thèmes de recherche sont la santé globale, les inégalités de santé, la production locale et l'accès aux médicaments et aux biotechnologies.

### **Alexis Le Quinio**

Docteur en droit de l'Université d'Aix-Marseille, Alexis Le Quinio est Maître de conférences habilité à diriger des recherches en droit public à l'Institut d'Études Politiques de Lyon. Membre des conseils d'administration de la section française de l'Institut Ibéro-américain de droit constitutionnel (IIDC) et de

l'Association française de droit des collectivités locales (AFDCL), il est spécialiste de droit constitutionnel comparé. Plusieurs de ses travaux récents portent sur le constitutionnalisme latino-américain, ainsi que les mutations et le fonctionnement des régimes juridiques dans cette aire des Amériques, particulièrement en ce qui concerne l'organisation de l'Etat et les processus de participation démocratique.

### **Vera Chiodi**

Maîtresse de conférences en économie à l'Université Sorbonne Nouvelle (Institut des Hautes Études de l'Amérique latine) et membre du Centre de Recherche et de Documentation des Amériques (CREDA UMR 7227). Elle est actuellement en délégation au CNRS. Elle est co-responsable de l'Axe de Recherche Action publique Action Collective (ACAP) du CREDA. Elle obtient son doctorat en sciences économiques de l'École d'économie de Paris, puis effectue un post-doctorat au J-PAL Poverty Action Lab. Elle est affiliée au Centro de Estudio para el Desarrollo Urbano, de la Universidad de San Andrés, Buenos Aires, Argentine. Ses travaux portent sur l'économie du développement, l'économie de l'éducation et le marché du travail. Elle vient de remporter l'appel à projet intitulé Procope Plus 2021 Partenariat Hubert Curien (PHC), financé par Deutscher Akademischer Austausch Dienst (DAAD), Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE) et le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI). Elle a récemment publié « More

is more. Livelihood interventions and child labor in the agricultural sector » et participé au podcast du CNRS intitulé « Comment la pandémie aggrave-t-elle les inégalités en Amérique latine ? »

### **Alicia Márquez Murrieta**

Docteure en sociologie au CEMS-EHESS de Paris. Membre du SNI. Chercheure de l'Institut de Recherche Dr. José María Luis Mora de la Ville de Mexico et membre associée au CEMS-EHESS, Paris. Professeure de l'Instituto Mora sur les questions de sociologie politique, genre, citoyenneté et participation, événement public et dans la licence de sociologie de la Faculté de Sciences Politiques et Sociales (optionnel : sociologie politique). Elle participe à différents groupes de travail sur des thèmes divers : santé, médicalisation et risque, événement et manifestation, à Mexico. En 2018, elle a coordonné avec Juan Carlos Carlos Guerrero, Gabriel Nardacchione et Sebastián Pereyra l'ouvrage Problemas públicos. Controversias y aportes contemporáneos. Juan Carlos Guerrero, Alicia Márquez, Gabriel Nardacchione y Sebastián Pereyra.

### **Alberto Arenas de Mesa**

Directeur du Département de développement social de la Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et docteur en économie de l'University of Pittsburgh, Alberto Arenas de Mesa a travaillé 18 ans au Ministère des Finances au Chili, en tant que ministre des finances et directeur du budget

du ministère. En tant que ministre des finances, il a mené la réforme fiscale de 2014. Il a ensuite dirigé la Réforme structurelle du système des retraites en 2008 et a été secrétaire exécutif du groupe de ministres de la réforme provisoire lorsqu'il était directeur du budget. Il est professeur du Magistère de politiques publiques de la faculté d'économie et de commerce de l'Universidad de Chile, où il donne un cours d'économie des retraites. A ce jour il a écrit 4 livres et plus de 30 publications liées à la politique fiscale, à la protection sociale et aux systèmes de retraites. Ces ouvrages sont publiés par des organisations internationales comme le BID, la CEPAL et l'OIT, ainsi que des revues spécialisées.

### **Chrysafo Arvaniti**

Experte de la société civile, avec plus de 25 ans d'expérience dans le secteur du développement et de l'humanitaire. Ses études ont été en sciences humaines où elle a complété, en 2019, le Executive Education Program in Non-Profit Leadership à la John F. Kennedy School of Government de l'Université de Harvard. Elle a rejoint Médecins Sans Frontières, (MSF) en 2014 et depuis 2018, elle est devenue chef de projet de MSF Urban Spaces. Elle est également organisatrice communautaire et croit fermement que de petits actes citoyens peuvent changer le monde.

### **Anna Barrera Vivero**

La professeure a étudié les sciences politiques et le droit public à l'Université Libre de Berlin et a obtenu son doctorat de science politique à l'University of Hamburg et au GIGA Institute of Latin American Studies. Elle est actuellement cheffe de programme senior dans les thèmes des sciences, de la technologie et de l'innovation, de la culture et des questions multilatérales à la Fondation EU-LAC. Auparavant, Anna Barrera a occupé des postes en relation aussi bien avec la science qu'avec la coopération internationale et le développement. Elle a notamment travaillé au sein du Collaborative Research Centre «Governance in Areas of Limited Statehood» (SFB 700, Free University of Berlin), le German Research Association on Latin America (ADLAF), le Fond des Nations Unies pour le Développement des Femmes (UNIFEM région andine), Bucerius Law School Hamburg, Episcopal Action Adveniat et la GLS Future Foundation for Development.

### **Merike Blofield**

Depuis janvier 2020, Merike Blofield est Directrice de l'Institute of Latin American Studies au German Institute for Global and Area Studies, et Professeure de Science Politique à l'Université de Hambourg. Auparavant, elle a été professeure de science politique et Directrice du Centre d'études sur le genre et la sexualité à l'Université de Miami, où elle a reçu en 2019 le May Brunson Award, pour son implication

dans l'amélioration du statut des femmes. Pr. Blofield a beaucoup écrit sur les intersections entre les inégalités socio-économiques, familiales et de genre et l'élaboration des politiques publiques en Amérique latine. Elle a publié plus récemment plusieurs rapports sur les mesures gouvernementales de protection sociale dans le contexte de COVID-19.

### **Andrea Costafreda**

Politologue et chercheuse en développement et sur l'Amérique latine, elle est actuellement directrice pour l'Amérique latine et les Caraïbes pour Oxfam Intermón. Elle est également professeure associée de la Licence en relations internationales de Blanquerna-URL et des masters en relations internationales de l'Université autonome de Barcelone et de l'Institut Barcelonais d'Etudes Internationales. Elle a travaillé comme consultante et chercheuse pour des coopérations bilatérales comme le Ministère des Affaires étrangères, de l'Union Européenne et de la Coopération espagnol, la Direction de relations internationales de la Mairie de Barcelone ou dans des organismes multilatéraux comme le PNUD, le BID ou IDEA International. Elle a été chef de la planification à la Direction générale de Coopération au Développement du gouvernement de Catalogne, et a également exercé comme analyste politique à l'Institut International de Gouvernance de Catalogne, sur des projets de renforcement institutionnel et de développement démocratique auprès de la Direction régionale du PNUD pour l'Amérique latine.

### **Miguel Ángel González Block**

Diplômé en sciences naturelles et en anthropologie sociale de l'université de Cambridge, M. González Block a obtenu son doctorat en sciences sociales avec une spécialisation en sociologie à El Colegio de México. Le Dr González Block est chercheur associé à la faculté des sciences de la santé de l'Universidad Anáhuac. Il est directeur pour le Mexique de l'Observatorio Norteamericano de Sistemas de Salud et directeur associé de la société de conseil en systèmes de santé Evisys. Le Dr González Block est membre de l'Academia Nacional de Medicina y del Sistema Nacional de Investigadores. Il a notamment été directeur du Centre de recherche sur les systèmes de santé à l'Instituto Nacional de Salud Pública et directeur de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Dr Gonzalez Block est rédacteur émérite de la revue Health Research Policy and Systems et a été lauréat Fullbright à l'Université de Californie à San Diego et boursier O'Gorman à l'Université Columbia à New York. Tout au long de sa carrière professionnelle, le Dr González Block a collaboré avec la Fundación Mexicana para la Salud, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros et la Banque interaméricaine de développement et la Banque mondiale, entre autres organisations.

## **Luisa Basilia Iñiguez Rojas**

Diplômée d'une licence de géographie (1970), professeure titulaire (1982) et docteure en sciences géographiques de l'Universidad de La Habana (1985), Luisa Basilia Iñiguez Rojas est également professeure émérite à l'Universidad de La Habana (2019) et professeure à la Faculté Latinoaméricaine de Sciences Sociales (FLACSO) - Programme Cuba de l'Universidad de La Habana. Elle a également été membre d'honneur du Conseil Scientifique de l'Universidad de La Habana (2013). Luisa Iñiguez a coordonné de nombreuses recherches à Cuba et à l'étranger sur le thème des inégalités spatiales de bien-être et de santé. Elle a effectué des consultations ponctuelles pour l'OPS/OMS dans des pays d'Amérique latine et a été conseillère auprès de la Fondation Nationale d'Ingénierie environnementale de Rio de Janeiro et professeure invitée à l'Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, du Ministère de la Santé au Brésil. Elle a donné des conférences dans des institutions nationales et dans de nombreux pays d'Amérique Latine, aux États-Unis, au Japon et en Espagne. Elle a également dispensé de nombreux cours de géographie dans des universités nationales et étrangères, et publié plus de 100 articles pour des revues nationales et étrangères, et a coordonné sept ouvrages.

## **Patrícia Laczynski**

Professeure associée à l'Université Fédérale de São Paulo, Instituto das Cidades, Campus Zona Leste, Brésil. Elle détient un diplôme en administration des affaires de la EAESP-Fundação Getulio Vargas (1992), un Master (2003) et a obtenu un doctorat en Administration Publique et Gouvernement de l'EAESP-Fundação Getulio Vargas (2012). Elle a de l'expérience en politiques publiques, et une expérience professionnelle au sein du Dieese (Département intersyndical de statistiques et d'études socio-économiques) et auprès du gouvernement municipal de Santo André. Elle a exercé en tant que professeure à la Escola DIEESE et au SENAC. Ses recherches actuelles portent sur les inégalités et la privatisation de la démocratie, le néolibéralisme dans les grandes villes et le travail et les politiques de revenus pour les jeunes des périphéries urbaines.

## **Áine Markham**

Avec plus de 25 ans d'expérience dans le milieu humanitaire, elle a principalement travaillé pour MSF depuis 1994, où elle a occupé des positions de cadre autant sur le terrain qu'au siège, notamment en tant que Directrice des Opérations de 1999 à 2004. Pendant cette période, elle a joué un rôle clé dans la conduite et la supervision des activités de l'organisation humanitaire dans des contextes difficiles, priorisant et négociant l'accès aux différents pays concernés. Après s'être installée

en Afrique et en Amérique latine à partir de 2004, elle a travaillé comme consultante indépendante pour des ONG nationales et internationales, des fondations et institutions académiques spécialisées dans l'humanitaire et les questions de santé publique mondiale, notamment en élaborant et en mettant en œuvre des projets de recherche. Au cours de ces années, elle a siégé au sein de nombreux conseils d'administration d'organisations à but non générale et pédiatrique de son pays d'origine, l'Irlande. Elle est titulaire d'un master en santé publique et en politiques internationales.

### **Egidio Luis Miotti**

Maître de conférences en économie affilié au Centre d'Economie de l'Université Sorbonne Paris Nord. Titulaire d'un master et d'un doctorat en économie de l'Université Paris 7, il a enseigné dans diverses institutions nationales et étrangères (Argentine, Brésil, Japon et dans plusieurs pays de l'Afrique). Actuellement il est responsable « Méthodes et Développement » à l'Observatoire de Sciences et Technologie (OST-HCERES). Il a été expert auprès de la Commission d'Évaluation des Investissements d'Avenir pour l'évaluation d'impact du programme PIA., ainsi qu'auprès de la Commission Charpin, d'évaluation des aides à l'innovation pour la Commission Européenne. En outre, il a été expert invité par la Commission Nationale de Evaluation des Politiques d'Innovation (Commissariat à la Stratégie). Ses recherches portent sur l'économie internationale, le développement, la

croissance ainsi que l'économie industrielle (innovation et technologie), la science et la technologie. Son expérience internationale (programmes en Amérique latine, en Afrique et en Asie) et son expertise en économie lui valent d'être régulièrement consulté par divers organismes internationaux tels que le PNUD, la CEPAL, la Banque Mondiale ou encore le FMI.

### **Natalia Pasternak**

Titulaire d'un Bachelor en Biologie, ainsi que d'un doctorat et d'un post-doctorat en Microbiologie, dans le domaine de la génétique moléculaire des bactéries, à l'Université de São Paulo, au Brésil. Elle est l'ancienne directrice du festival international de communication scientifique "Pint of Science" au Brésil, chroniqueuse invitée pour le journal national brésilien "O Globo", pour le magazine "Brazilian Health" ainsi que pour le magazine The Skeptic (GB). Elle est également professeure invitée à l'école d'administration publique de la Fundação Getulio Vargas et contribue en tant que chercheuse invitée au sein du laboratoire de développement des vaccins de l'université de São Paulo. Elle est actuellement l'éditrice du magazine de Question of Science et présidente du Question of Science Institute, le premier institut brésilien pour la promotion du scepticisme et de la pensée rationnelle. En 2020, Natalia est devenue membre du Committee for Skeptical Inquiry (États-Unis).



## **Francisco A. Rossi Buenaventura**

Conseiller principal de la Fondation IFARMA, une ONG dédiée à la recherche et au plaidoyer pour le droit à la santé et à l'accès et l'usage approprié des médicaments, avec 20 ans d'expérience en politique pharmaceutique en Colombie et en Amérique latine. IFARMA a développé des travaux sur l'impact de la propriété intellectuelle sur les prix et l'accès aux médicaments. En association avec d'autres organisations, IFARMA a soumis des demandes de Licence Obligatoire pour les médicaments pour le VIH (Lopinavir/ritonavir), le cancer (Imatinib) et l'hépatite C. Même si aucune d'entre elles n'a abouti, cela a mené à d'importantes baisses de prix. IFARMA fait partie de REDLAM, un réseau d'organisations spécialisé dans l'accès aux médicaments, qui inclut Acción Internacional para la Salud pour le Pérou, ABIA pour le Brésil, la Fondation Grupo Efecto Positivo pour l'Argentine et IFARMA pour la Colombie.

## **Stéphanie Seydoux**

Stéphanie Seydoux a été nommée ambassadrice de France pour la santé mondiale en 2018, représentant la France dans différentes organisations internationales (Fonds mondial, Unitaïd...). Elle a piloté la préparation de la 6ème conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial à Lyon, en octobre 2019 et participe actuellement à la réponse multilatérale française à la crise de la Covid-19 (notamment à travers l'ACT-A), qui s'est développée parallèlement au renforcement

des grandes priorités de santé et de développement telles que le renforcement du système de santé, l'égalité des sexes, la lutte contre les pandémies, entre autres. Après avoir débuté sa carrière au ministère des affaires étrangères, Stéphanie Seydoux a rejoint l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2004. De 2007 à 2010, elle a été responsable de la promotion de l'égalité au sein de la Commission indépendante de l'égalité en France. De 2010 à 2013, elle a été ambassadrice adjointe à l'ambassade de France au Kenya. Elle a été chef du Service des droits des femmes de 2014 à 2017.

## **Yeli Víquez Rodríguez**

Experte en santé publique et fonctionnaire pour le Ministère de la Santé depuis 1986. Elle a occupé des postes de direction dans des instances locales et régionales du Ministère de la Santé du Costa Rica. Depuis 1997, elle exerce comme directrice de la Direction de la Zone de Gouvernance de Santé de Poas, canton de la province de Alajuela, Costa Rica. Elle a participé à la prise en charge d'urgences de différentes natures en tant que coordinatrice adjointe du Comité Municipal d'Urgences de Poas, et elle dirige actuellement l'équipe de travail sur la santé pour la prise en charge de la pandémie de COVID-19 à l'échelle locale.



## **Yazdan Yazdanpanah**

Directeur de l'Agence nationale des maladies infectieuses émergentes (ANRS) qui finance et coordonne la recherche sur le VIH, les hépatites, les IST, la tuberculose et les infections émergentes et réémergentes. Il est également depuis 2017 le Directeur de l'Institut I3M (Immunologie, Inflammation, Infectiologie, et Microbiologie) qui regroupe les principaux acteurs de cette thématique en France dans le cadre de l'Aviesan, l'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Yazdan Yazdanpanah est actuellement responsable d'une équipe Inserm sur l'analyse de la décision dans les maladies infectieuses. Il dirige le service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat Claude Bernard, et est professeur de médecine à l'université Paris Diderot, France. Il est membre du Conseil Scientifique pour la COVID-19 du président Emmanuel Macron.

Depuis mai 2019, il est Président du conseil d'administration du Partenariat des pays européens et en développement sur les essais cliniques (EDCTP). Il est également vice-président du réseau international GlopID R (Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness). Yazdan Yazdanpanah est devenu médecin de la faculté de médecine de Lille, France, en 1996. Il est diplômé de la même institution, d'abord comme hépato-gastro-entérologue en 1996, puis comme spécialiste des maladies infectieuses en 2002. Il a obtenu une maîtrise en épidémiologie à la Harvard School of Public Health de Boston,

aux États-Unis, en 2000, et un doctorat en santé publique à l'École de santé publique de Bordeaux en 2002. En 2006, il est devenu Professeur en maladies infectieuses.

