

LA SINDEMIA LATINOAMERICANA. ELEMENTOS DE NUESTRA CRISIS SANITARIA

Fabián Campos Hernández
Víctor Hugo Lozada Illescas

Resumen:

En este texto presentamos una reflexión sobre los saldos socioeconómicos que deja la pandemia por Covid-19 en América Latina a lo largo del año 2020. También se abordan algunas perspectivas para estimar su efecto en el 2021¹. En términos generales, se pretende señalar los principales factores que explican las enormes dificultades de los países latinoamericanos para lidiar con la crisis sanitaria. Recurrimos al término *sindemia*, acuñado por el Doctor Merrill Singer, especialista en Antropología médica de la Universidad de Connecticut. La *sindemia* consiste en la interacción de enfermedades que afectan a una población determinada con un contexto de pobreza estructural, sistemas sanitarios inequitativos y otros factores socioeconómicos.

Palabras clave: Sindemia, América Latina, crisis sanitaria.

Abstract:

In this text we present a reflection on the socioeconomic balances left by the Covid-19 pandemic in Latin America throughout 2020. Some perspectives are also addressed to estimate its effect in 2021. In general terms, it is intended to indicate the main factors that explain the enormous difficulties of Latin American countries in dealing with the health crisis. We

¹ Es necesario aclarar que tanto el balance como las perspectivas aquí presentadas están sustentadas en los indicadores disponibles al 1 de enero de 2021.

use the term syndemic, coined by Dr. Merrill Singer, a specialist in medical anthropology at the University of Connecticut. The syndemic consists of the interaction of diseases that affect a certain population with a context of structural poverty, inequitable health systems and other socioeconomic factors.

Keywords: Latin America, health crisis.

La pandemia en números

Los datos aquí presentados son retomados del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, cuya información proviene de los sistemas de salud de cada uno de los gobiernos en el mundo. A pesar de lo avanzado que puedan parecer los sistemas de información y las capacidades que tienen los organismos para producir estadísticas uniformes, se debe tener en cuenta la posibilidad de un subregistro.

Esto puede afectar el seguimiento real de los infectados por el SARS-CoV-2 como a la cantidad de personas fallecidas a consecuencia de las complicaciones que provoca. Existe un número indeterminado de personas que han sido contagiadas pero que no presentaron ningún síntoma y, por lo tanto, no acudieron al sistema de salud ni fueron registradas en la numeralia gubernamental.

Del mismo modo, existe la posibilidad de que, a lo largo de estos meses, hayan muerto personas sin que se les haya diagnosticado la Covid-19. Por todo ello, al hacer balances sobre la pandemia debemos tener siempre presente que los datos reportados son un indicador, pero no representan la totalidad del fenómeno.

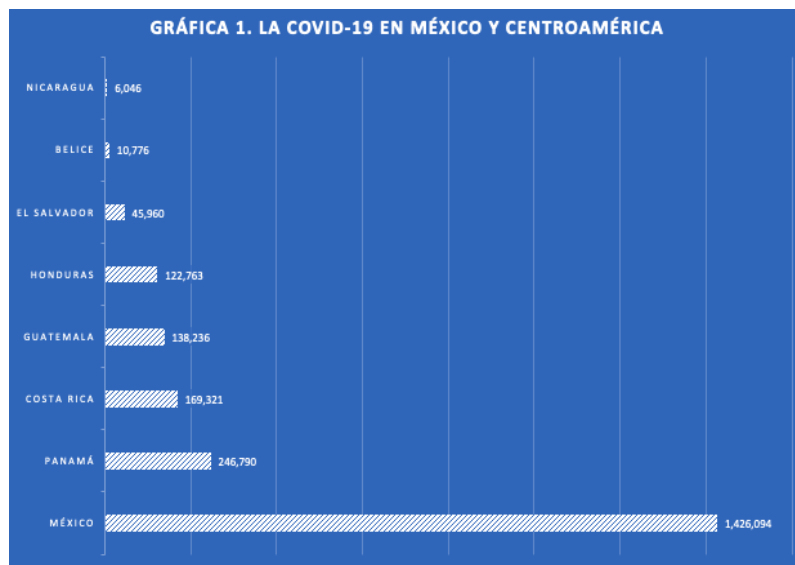
Los contagios por Covid-19 en América Latina

El 26 de febrero de 2020 se dio el primer contagio confirmado por SARS-CoV-2 en América Latina. Se trató de un hombre de 61 años, originario de Sao Paulo, Brasil, que viajó a Italia. A su regreso, el ministerio de Salud de ese país declaró que, después de practicarle los exámenes médicos correspondientes, se con-

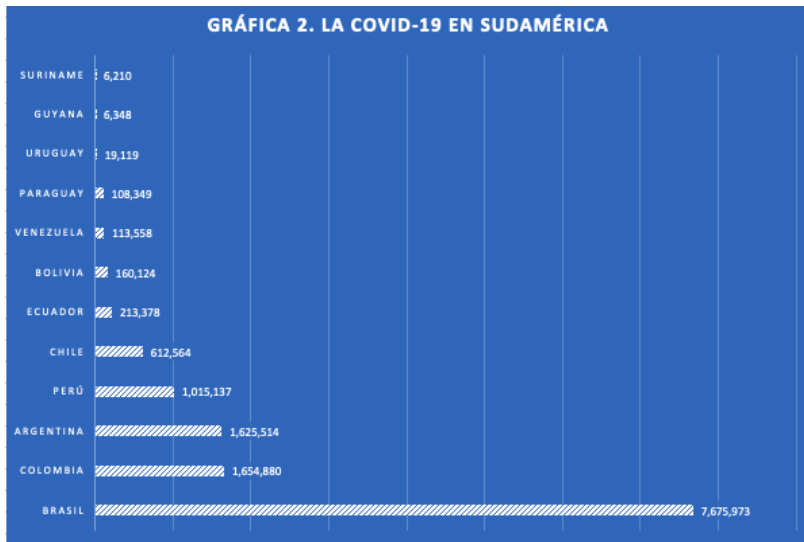
firmó que era positivo a Covid-19 (*BBC News*, 26/02/2020). A partir de esa fecha, los casi 650 millones de personas que actualmente habitan en América Latina y el Caribe presenciaron un aumento exponencial de la pandemia.

Al 1 de enero de 2021, el centro especializado de la Universidad Johns Hopkins reportaba un acumulado de 83,843,572 personas contagiadas (alrededor del 1.09% de la población mundial). De ellas, 15,601,549 eran de nuestra América. Segmentado este número en regiones, los gobiernos de México y Centroamérica confirmaban 2,165,986 casos positivos (véase la *Gráfica 1*). Por otro lado, los países sudamericanos declararon 13,211,154 personas (véase la *Gráfica 2*).

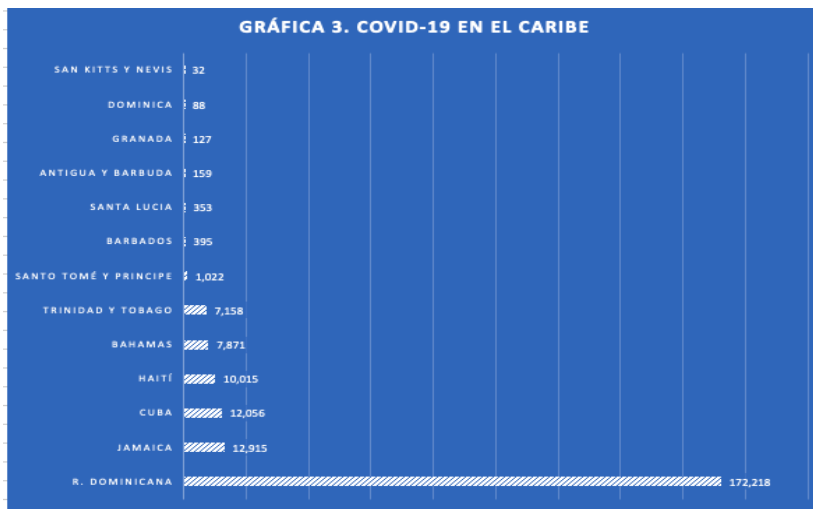
Por último, el Caribe sumaba 224,409 contagiados (véase la *Gráfica 3*).



Elaboración propia, con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, al 1 de enero de 2021.



Elaboración propia, con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, al 1 de enero de 2021.



Elaboración propia, con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, al 1 de enero de 2021.

Fallecimientos por Covid-19

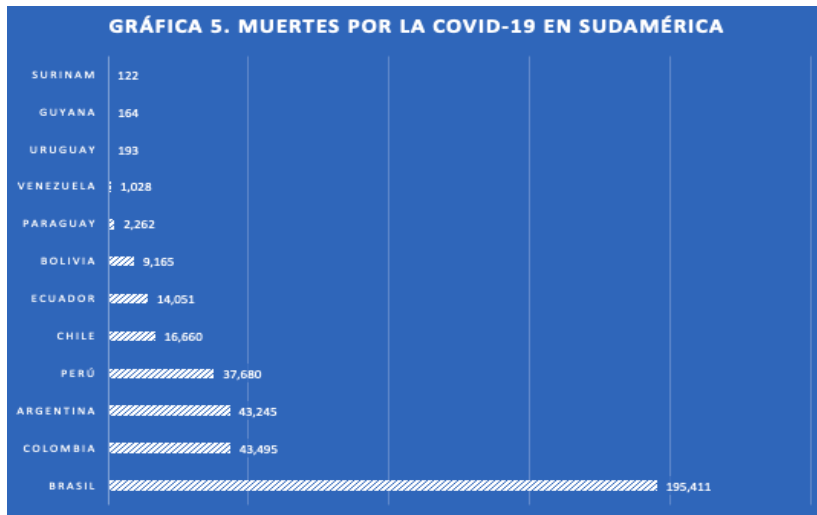
Los efectos mortales del SARS- CoV-2 se exacerbaban cuando el virus interactúa con otras condiciones físicas y médicas preexistentes al contagio, como la edad, obesidad, diabetes, problemas pulmonares, respiratorios e hipertensión, entre otras enfermedades crónicas.

Según los datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, en América Latina y el Caribe, de los 15,601,549 casos confirmados al 1 de enero de 2021, 508,623 han derivado en defunciones.

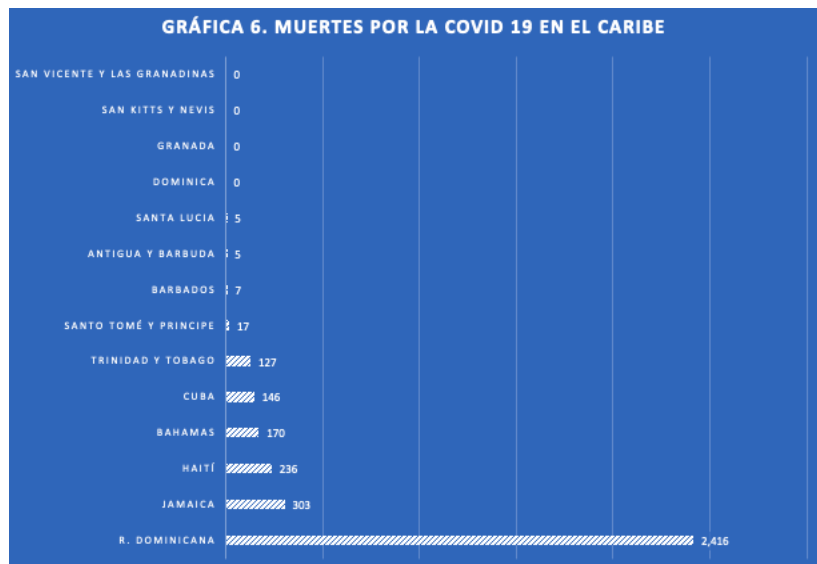
De los casi 509 mil fallecimientos, 141,467 se han presentado en México y Centroamérica (véase *Gráfica 4*); 363,476 en América del Sur (véase *Gráfica 5*); y 3,432, en el Caribe (véase *Gráfica 6*). Tan sólo Brasil y México concentran el 63% de las muertes en la región.



Elaboración propia con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center* al 1 de enero de 2021.



Elaboración propia con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center* al 1 de enero de 2021.



Elaboración propia, con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, al 1 de enero de 2021.

Los indicadores de la pandemia

El Banco Mundial estima que la población mundial en el 2019 era de 7,673 millones de personas; a lo largo de la pandemia se han contagiado poco más de 83 millones. Lo que significa que, hasta el 1 de enero de 2021, se ha contagiado el 1.09% de la población global.

El mismo organismo reportaba que en América Latina y el Caribe habitaban poco más de 646 millones de personas (BM, 2021). Conforme a los datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, durante el mismo periodo, en América Latina se habían contagiado 15,601,549 personas. Eso se traduce en que 2,413 de cada 100 mil latinoamericanos y caribeños han dado positivo a la Covid-19, muy por encima del promedio mundial.

Cabe destacar que ocho países de América Latina presentan indicadores todavía mayores. El caso que sobresale por mucho es el panameño, ya que en ese país 5,811 de cada 100 mil habitantes se han contagiado. Les siguen en índice de contagios Brasil, Argentina, Costa Rica, Colombia, Chile, Perú y Belice, todos con porcentajes mayores a la media regional (véase *Gráfica 7*).²



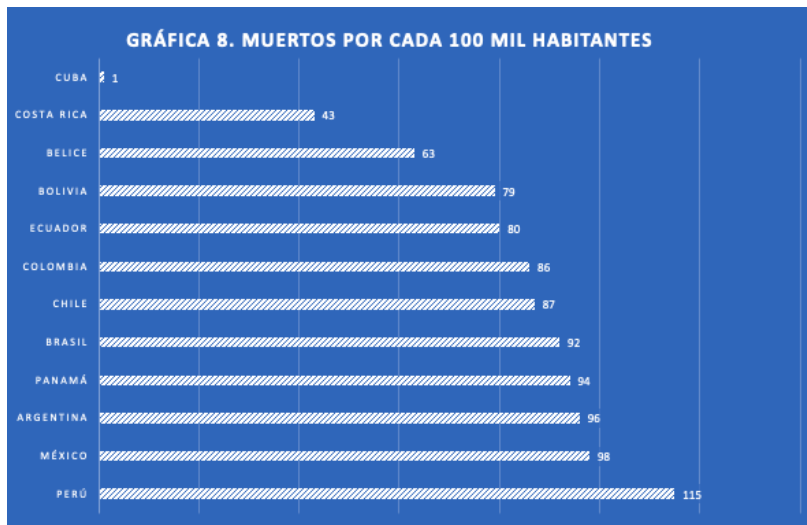
Elaboración propia, con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, al 1 de enero de 2021.

² En la gráfica, a pesar de presentar un índice de contagios dentro del rango mundial, se incluye a Bolivia, Ecuador y México debido a que presentan un alto índice de mortalidad por cada 100 mil habitantes (*vid. gráfica 8*). Así mismo, se incluye a Cuba que presenta tanto índices de contagios como de muertes muy por debajo de la media regional.

Pensar la política y lo político en tiempos de pandemia

El *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center* informa que en el mundo habían fallecido 1,825,810 personas a causa de las complicaciones derivadas de la Covid-19. Es decir, 23 de cada 100 mil habitantes han fallecido en el mundo por la pandemia.

En América Latina este número es mucho mayor, 78 decesos por cada 100 mil en el mismo periodo. Al igual que en el caso del índice de contagios, algunos países de la región presentan una mortalidad mucho mayor a la media regional y mundial. El caso más notorio es Perú, que presenta una tasa de mortalidad de 115 por cada 100 mil habitantes. (véase *Gráfica 8*).



Elaboración propia con datos del *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center* al 1 de enero de 2021.

La cuarentena en América Latina y el Caribe y su impacto en la pandemia

La movilidad humana alcanzada en los últimos setenta años, así como el aumento en el flujo de mercancías, propio de la globalización contemporánea, han sido elementos fundamentales en la propagación acelerada del SARS-CoV-2. En todos los países latinoamericanos y caribeños los primeros brotes detectados ocurrieron a raíz de ciudadanos que regresaban del exterior, o de extranjeros que visitaban el territorio. La velocidad en los tiempos de traslados aéreos (menos de dos días desde cualquier punto del mundo) posibilitó que viajeros se

internaran en el territorio antes de presentar síntomas. De la misma manera, la reducción de los tiempos de traslado aéreo y/o terrestre al interior de los países permitió su diseminación a lo largo y ancho de las geografías nacionales.

De igual manera, el flujo de información nos permitió conocer el ritmo de contagios en China, en un primer momento y, posteriormente, en Europa. Nos enteramos sobre las medidas que los gobiernos de esas partes del mundo empezaron a implementar. Esto hizo posible que desde muy temprano, enero-febrero del 2020, se abriera la discusión al interior de los aparatos gubernamentales y los medios de comunicación sobre las probables medidas ante la Covid-19.

Entre las principales acciones se ponderaron la limitación de actividades sociales y económicas, la restricción a la movilidad interna e internacional y la adquisición de pruebas clínicas para detectar los casos sospechosos de infección. A nivel federal, prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe optaron por decretar cuarentenas a partir de marzo. Salvo los gobiernos de Jair Bolsonaro de Brasil y de Daniel Ortega de Nicaragua, quienes se negaron a tomar esta medida porque detenía la actividad económica de sus países. Eso explica en buena medida, que Brasil representa casi el 50% de los contagios a nivel regional (7 millones 765 mil personas de las casi 15 millones reportadas, véase la gráfica 2).

El gobierno federal brasileño no decretó restricciones generales a la movilidad de las personas y permitió tales niveles de contagio en nueve meses. Las cifras podrían ser mayores si algunos gobernadores locales no hubieran tomado medidas de confinamiento, las cuales ocasionaron fuertes conflictos entre los dos niveles de gobierno. Un ejemplo de ello es la cuarentena decretada en Sao Paulo desde marzo de 2020. Ese estado, con sus 45 millones de habitantes, es el más poblado de Brasil y el epicentro de la pandemia, con más de un millón de personas contagiadas. En ese país, tres de cada cien personas se han contagiado (Prensa Latina, 17 de noviembre de 2020).

En la región hay países que optaron por medidas de distanciamiento social o de cierre parcial o total de las actividades y, sin embargo, presentan índices de contagio superiores a la media regional y mundial (véase la Gráfica 7). De los países seleccionados en dicha gráfica, Chile optó por hacer cierres temporales de las actividades en zonas limitadas y por razones de edad y género.

Panamá, Argentina, Costa Rica y Colombia implementaron medidas restrictivas generales sin que estas fueran punibles. Ecuador, Bolivia y Perú fueron más allá, declarando estado de emergencia e inclusive consideraron castigos penales para aquellos ciudadanos que violaran las medidas sanitarias.

Muchos sectores de la opinión pública han planteado la posibilidad de que la cuarentena social no resulte una medida eficaz para contener los contagios. Sin embargo, Cuba parece confirmar la pertinencia de la cuarentena social. La isla ha implementado un régimen “agresivo” para combatir la pandemia. Además del cierre de fronteras, la prohibición de viajes interprovinciales y el cierre de las actividades, el gobierno de Miguel Díaz-Canel desplegó medidas de reclusión obligatoria para aquellas personas sospechosas de haberse contagiado y de aquellos con los que mantuvieron algún tipo de contacto. Tras diez meses de pandemia, a pesar de que ya se han abierto parcialmente las fronteras y algunas actividades económicas en la Perla de las Antillas, solamente uno de cada cien mil habitantes ha resultado positivo.

Al analizar el caso cubano, tendríamos que preguntarnos si la variación de resultados en las estrategias de cuarentena está relacionada con la forma de implementarla.

En Chile, cuando los indicadores gubernamentales advierten que en algún barrio residencial está subiendo el número de contagios, se responde cerrando las actividades. La propagación del virus se contiene en la mayoría de los casos. Mientras tanto se elevan los casos en otras zonas, y cuando se levantan las medidas, es cuestión de tiempo para que se repita el problema.

En tanto, en Panamá, Argentina, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú, el cierre general de las actividades, incluyendo las medidas punitivas, no pudieron aplicarse extensivamente. Un alto porcentaje de la población que no cuenta con seguridad social ni un empleo formal se vio obligado a continuar con sus actividades para tener algún ingreso, a pesar de los llamados y amenazas gubernamentales. Además de que la cuarentena no se pudo mantener a lo largo de los diez meses, principalmente por sus altos costos para la vida económica.

En estos países, al igual que Cuba, se fueron retirando total o parcialmente las restricciones de movilidad, manteniendo sólo en algunas zonas, ciudades o provincias los regímenes de cuarentena. Al interior de estos países, distintas

regiones relajaron las medidas o se abandonaron completamente, lo que ha provocado que se presenten índices de contagio por encima de la media global.

Por lo anterior, si bien la cuarentena social puede ser un mecanismo más o menos eficaz para contener la propagación del virus, se trata de una herramienta, esencialmente, para la administración del ritmo de los contagios. Cuba y su sistema de salud demuestran que, con un seguimiento adecuado a los casos sospechosos de contagio y confinamientos obligatorios a las personas con quienes tuvieron contacto, la pandemia puede ser contenida a niveles muy inferiores a la media no solo regional sino mundial.

Pero la posibilidad de poder aplicar la cuarentena social y el seguimiento a nivel de casa por casa está determinada por, al menos, dos razones estructurales: un estado fuerte capaz de movilizar a todo el aparato burocrático y de control social; por otro lado, se requiere un sistema de salud y seguridad social extendido. La población cubana, incluida aquella integrada al mercado por sus vínculos con la actividad turística, cuenta con un sistema de abastecimiento -siempre limitado desde el comienzo del llamado “periodo especial” de la década de los noventa- que garantiza el acceso de alimentación, lo que permitió que la gente respetara las medidas decretadas por las autoridades responsables.

Cuando se han presentado casos de contagio, el gobierno cubano ha podido actuar con celeridad, poniendo a disposición de los afectados un sistema de salud que tiene niveles de calidad médica iguales o superiores a los de los países del “primer mundo”. Cuando algunas personas han incumplido las medidas de confinamiento, el aparato punitivo ha entrado en juego con eficiencia.

Podemos concluir que los altos índices de contagio en América Latina y el Caribe no están ligados únicamente con el virus, sino con las reacciones disparadas de cada uno de los gobiernos de la región. Además, la debilidad del Estado y sus organismos de salud pública es un factor determinante para la respuesta fallida al desafío sanitario.

El sistema de salud

Como ya se ha señalado, esta pandemia se caracteriza por la disponibilidad de información en tiempo real sobre su ritmo de crecimiento, así como de las medidas que están tomando cada uno de los países. El lapso entre los primeros contagios en China y Europa respecto a los que se presentaron en América Latina y el Caribe -casi tres meses- alertó a los países de esta región del mundo.

Cuando ya se sabía que el SARS CoV-2 perjudicaba con mayor gravedad a personas que padecían alguna enfermedad crónica, los gobiernos de América Latina tuvieron ante sí un panorama preocupante, al tener en cuenta el perfil clínico de su población.

Por ejemplo, según la Organización Mundial para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en nuestra región el 24% de la población tiene algún índice de sobrepeso (Noticias ONU, 12 de noviembre 2019). Pero este número se eleva al 60% cuando se trata de personas adultas (OPS, 2019, p. 25). Otro de las condicionantes previas para la agudización de los síntomas de la Covid-19 es la edad. Según la Organización Panamericana de la Salud, para 2019 el 9% de los latinoamericanos y caribeños tenían más de 65 años (OPS, 2019, p. 19).

Las autoridades federales de América Latina y el Caribe disponían de información para anticipar que el SARS Cov-2 tendría efectos devastadores. Sin embargo, ningún país latinoamericano o caribeño ordenó el cierre inmediato de sus fronteras sino hasta semanas después de presentar los primeros contagios nacionales. Perdieron así la oportunidad de minimizar los riesgos entre su población.

En esta decisión gubernamental influyó decisivamente los altos grados de dependencia al comercio y flujos de inversión extranjera. También el grado de negacionismo que tuvieron los gobiernos al desestimar la importancia de la pandemia. Todos prefirieron mantener los contactos y el comercio internacional, antes que la salud de sus habitantes.

No fue sino hasta un mes después del primer paciente confirmado, marzo del 2020, que se empezaron a decretar las cuarentenas sociales. El virus había tenido tiempo suficiente para propagarse a lo largo y ancho de los territorios. Cuando esto ocurrió, porcentajes importantes de la población latinoamericana no contaban con acceso a un ingreso seguro que les permitiera acatar el confinamiento.

Si los gobiernos hubieran implementado sistemas para garantizar el acceso a los mínimos indispensables de comida y techo, las cuarentenas hubieran tenido mejores resultados.

Por otro lado, las mismas autoridades tenían conocimiento de que sus sistemas de salud se encontraban en una situación precaria.

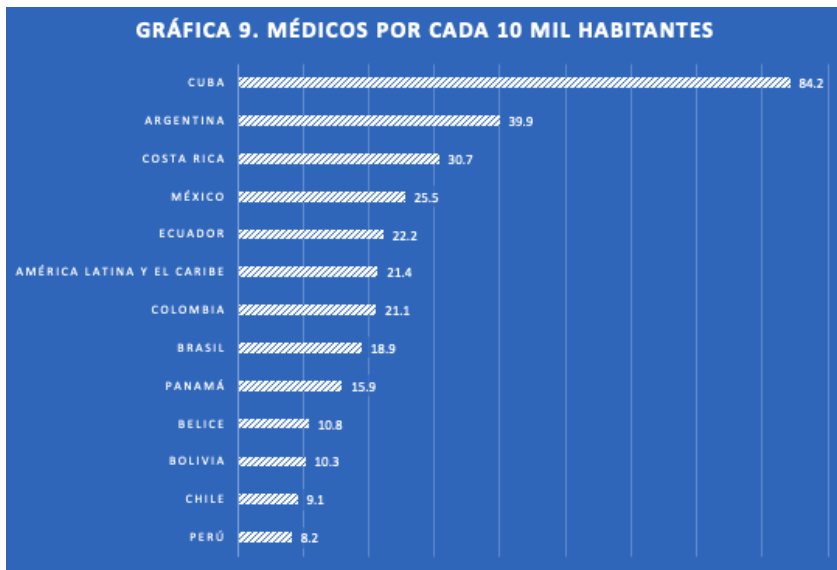
Históricamente, salvo Cuba, ningún país latinoamericano o caribeño ha logrado construir un sistema de salud universal. Esta situación empeoró a partir de la década de los setenta, cuando el modelo neoliberal y el Consenso de Washington determinaron que los gobiernos de la región debían de disminuir el gasto e inversión social.

Y más adelante los organismos internacionales condicionaron la entrega de nuevos empréstitos al avance en la privatización de los sistemas de seguridad social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en Europa hay en promedio 32 médicos y médicas por cada 10 mil habitantes. Este número se podría considerar como un factor positivo para la atender a la población en tiempo y forma, sin presencia de pandemia.

Sin embargo, ha resultado insuficiente para enfrentar la emergencia sanitaria provocada por el SARS CoV-2. Según los datos de la OPS, en el 2019 América Latina y el Caribe contaba con 21.4 profesionistas de la salud por cada 10 mil habitantes (OPS, 2019, p. 28). Si en los tiempos previos a la pandemia este número resultaba insuficiente, las autoridades nacionales tenían elementos suficientes para determinar la gravedad del riesgo que representaba la Covid-19.

Lo anterior debió ser todavía más claro para los países que en estos diez meses han presentado el mayor número de contagios y muertes ya que, en su mayoría, son los que tenían los sistemas de salud más débiles de la región. Como se puede observar en la *Gráfica 9*, Perú, que ha tenido 312 infectados y 11.5 decesos por cada 10 mil habitantes, contaba en 2019 apenas con 8.2 médicos y médicas para atender a su población. Mientras que Cuba, con 10 contagios y 0.121 muertes por cada 10 mil habitantes disponía de 84.2 especialistas en salud para hacer frente a la pandemia (véase la *Gráfica 9*). Existe por lo tanto una correlación entre la capacidad instalada de los sistemas de salud nacionales y el número de contagios y de fallecimientos debidos al SARS-CoV-2.



Elaboración propia, con datos de la Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas*, 2019, p. 28.

Contar con indicadores precisos sobre los contagio y muertes por la Covid-19 sirve solamente si se vinculan con el modelo económico y de seguridad social implementados en las últimas cinco décadas. Que en la región se contagien más del doble de las personas que en el resto del mundo y que la mortalidad se multiplique por tres, no es producto exclusivamente del virus sino de sus interacciones con las estructuras nuestroamericanas. Dicho de otra manera, la escasa inversión pública en salud incrementó los efectos de la pandemia. Cuando la debilidad de los sistemas de salud se combinó con medidas gubernamentales de confinamiento tardías y dispares, las condiciones para la crisis actual estaban dadas.

Una política pública eficiente contra la amenaza sanitaria hubiera implicado, por lo menos, cierres tempranos de los intercambios internacionales y confinamientos acompañados de una canasta básica. De esta manera se pudo evitar que los sectores más vulnerables permanecieran en las calles. Nuestros países

debieron reforzar sus estructuras sanitarias con una mejor planeación. Que estas medidas se hayan implementado de manera desfasada e incompleta, explica por qué nos enfrentamos a una sindemia, en la que confluyen los factores médicos y las condiciones sociales para dar como resultado consecuencias más graves (Singer, 2009).

La pandemia de la Covid-19 y sus costos sociales y económicos

Antes de la pandemia, América Latina presentaba indicadores sociales preocupantes. De acuerdo con la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 2019 el 55.5% de los latinoamericanos y caribeños pertenecían al estrato más bajo de la sociedad por su nivel de ingreso (CEPAL, 2019, 17)³. Ese mismo organismo internacional señala que entre las personas mayores de 15 años solamente el 53.4% tenían un trabajo que les garantizara el acceso a la seguridad social. En ese mismo sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirma que en América Latina y el Caribe por lo menos el 40% de la población económicamente activa se encontraba desempleada en el 2019 (OIT, 2019, p. 36).

Aún no es posible determinar con precisión la composición socioeconómica de los latinoamericanos y caribeños que se han contagiado y fallecido a lo largo de estos diez meses. Sin embargo, hay algunos estudios que han empezado a indagar sobre los sectores que más han sido afectados, aunque limitados a casos nacionales. Uno de ellos es el realizado para México por Héctor Hernández Bringas. En su estudio, *Mortalidad por Covid-19 en México. Notas preliminares para un estudio sociodemográfico*, el investigador de la UNAM encontró que el 66.5% de los mexicanos que han fallecido por complicaciones derivadas del SARS CoV-2 eran pensionados, amas de casa, choferes, personal de servicio doméstico, dedicados a los servicios personales en establecimientos, servicios de seguridad, peones o ayudantes, vendedores informales y desempleados. Por otro lado, según el mismo estudio, el 70% de los decesos fueron de personas con escolaridad máxima de primaria (Bringas, 2020, pp. 5-6).

³ Este número se conforma de 10.5% de personas en pobreza extrema (menos de 1 dólar diario), 19.6% en pobreza (menos de 2 dólares diarios) y 25.8% de personas catalogadas como de ingresos bajos pero no pobres (menos de 6 dólares diarios).

La información que arroja el estudio del Dr. Hernández Bringas confirma que los sectores en situación de pobreza son los más afectados en esta crisis sanitaria. Si el 55% de la población regional se ubica, según el término utilizado por la CEPAL, en el estrato bajo de la distribución del ingreso, resulta explicable que dicho sector presente porcentajes mayores al 50% de las víctimas mortales del SARS CoV-2. El que las ocupaciones con mayores porcentajes de fallecidos sean adultos mayores-pensionados, así como aquellos grupos que no pueden resguardarse en sus casas debido a que dependen de sus ingresos diarios, explica las limitaciones en la aplicación del confinamiento social en la región.

En el futuro contaremos con indicadores regionales respecto al nivel de ingreso, ocupación y grado de vulnerabilidad de aquellos que se han contagiado y/o fallecido a causa de la Covid-19. Si los hallazgos del Dr. Hernández Bringas se confirman para el resto de los países de América Latina y el Caribe, se podrá afirmar, sin lugar a duda, que los altos niveles de contagios y mortalidad del SARS CoV-2 en la región son consecuencia de la sinergia entre la amenaza sanitaria y las políticas sociales de corte neoliberal.

Cuando la mayoría de los gobiernos latinoamericanos se decidieron a decretar confinamientos sociales, marzo de 2020, estos no estuvieron acompañados de medidas que protegieran el acceso al salario. La burocracia fue enviada a sus casas con la garantía de que sus ingresos se mantendrían. Las grandes y medianas empresas, al contar con los recursos suficientes, sostuvieron sus plazas laborales, aunque en algunos casos redujeron unilateralmente el monto de los emolumentos percibidos. El problema más grave se presentó en la micro y pequeña empresa (aquellas de menos de 50 trabajadores), que constituyen según la OIT más del 90% del empresariado en la región y producen el 75% del empleo (Ferraro y Rojo, 2018, p.10). La micro y pequeña empresa latinoamericana y caribeña no cuenta con los fondos suficientes para pagar los salarios de sus empleados en un mercado cerrado por el confinamiento, produciendo un aumento inmediato del desempleo.

Según La OIT, hasta septiembre de 2020 se habían perdido 34 millones de empleos en la región (OIT, 30 de septiembre de 2020). Esta pérdida tiene como resultado que tras nueve meses de pandemia casi la mitad de su población no cuenta con una fuente de recursos para su sobrevivencia diaria. Esto ha impac-

tado directamente en un aumento de la pobreza y pobreza extrema y en el peligro de que la pandemia se convierta en una crisis alimentaria de proporciones mayúsculas (CEPAL, 2020).

Tras el decreto de los confinamientos y después de algunas semanas de inactividad, los organismos estatales y del sector privado, principalmente el educativo y de servicios, decidieron retomar sus labores mediante el uso de las tecnologías de la información. Esta decisión, en sí misma prudente y que contribuyó al control del ritmo de los contagios, generó nuevos problemas. Según un estudio de la CEPAL uno de cada tres latinoamericanos no tiene acceso a internet. Pero esto afecta sobre todo a los más pobres, sector donde solamente 1 de cada 2 hogares cuenta con este servicio. Y esto se agrava en el campo. Mientras en las ciudades el 67% de las familias están conectadas a la red de internet, en las zonas rurales este porcentaje disminuye al 23%. Lo que implicó un problema para la implementación de clases virtuales en todos los niveles educativos. En cuanto al teletrabajo, el informe de la CEPAL señala que solamente 2 de cada 10 trabajadores tienen la posibilidad de desempeñar sus oficios desde sus casas y respetando las medidas de encierro. La brecha digital, que ya estaba presente antes de la pandemia, agudizó las desigualdades, explica el limitado alcance de las cuarentenas sociales y da cuenta de la composición sociodemográfica del mayor porcentaje de víctimas mortales del SARS CoV-2.

Además, la reclusión social se implementó en un contexto con rezagos en las condiciones de vida y en situaciones de vivienda inadecuadas. El hacinamiento y la obligada convivencia sin tener la posibilidad de salir a la calle han impactado durante estos diez meses en la salud de los individuos y las familias. El aumento en los problemas por alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, suicidios y feminicidios son elementos que ya están presentando señales de alarma, pero que su real dimensión aún se desconoce.

Junto con el aumento de la pobreza, la pobreza extrema, el desempleo y la agudización de la precariedad, la sindemia por la Covid-19 ha tenido como consecuencia una mayor concentración de la riqueza en la región. Según Oxfam, los 73 milmillonarios que existían en América Latina y el Caribe antes de la pandemia han tenido ganancias por casi 50 mil millones de dólares. Además, según esta misma organización internacional, desde marzo y hasta julio del 2020, cada semana surgió un nuevo milmillonario en la región (Oxfam, 27 de julio de 2020).

Esto se debió, entre otras cosas, a que este grupo aprovechó los estímulos fiscales y económicos otorgados por los gobiernos, además de volverse importadores y revendedores de los productos que de un momento a otro se volvieron indispensables en la “nueva normalidad”.

Después de cinco meses de un crecimiento constante de los contagios y muertes en América Latina, el 4 agosto de 2020 finalmente la curva de la pandemia empezó un lento descenso (IHME, 1 de enero de 2021). Ese día acaecieron 2,873 muertes, el pico máximo hasta ese momento. Esta noticia, junto con el agotamiento social y la caída en la actividad económica, coincidió para que los gobiernos y las sociedades de la región empezaran a relajar las medidas preventivas. Algunas actividades productivas retomaron su curso. Esta situación, junto con los anuncios en los avances en la producción de vacunas contra el SARS-CoV-2, brindaron un escenario de esperanza de que lo peor de la crisis había pasado. Conforme fueron pasando los meses, la actividad económica fue reabriendo sus puertas, aunque no así sectores como el educativo o los espectáculos masivos.

A manera de conclusión

El panorama optimista con el que cerramos el apartado anterior puede ser confirmado por los datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington, uno de los pocos centros académicos que presentan proyecciones sobre el comportamiento de la pandemia a nivel global. Al 1 de enero de 2021, el IHME estima que, de mantenerse el actual comportamiento de la pandemia, en los siguientes tres meses morirán cerca de 150 mil latinoamericanos y caribeños más, para llegar cerca de 660 mil defunciones. El mismo organismo predice que, para el 1 de abril, el indicador de fallecimientos será de 1,009 personas cada día. Las estimaciones pueden tener variaciones según el reforzamiento o relajamiento de las medidas preventivas y el ritmo de los planes de vacunación (IHME, 1 de enero de 2021).

La letal combinación del SARS-CoV-2, políticas públicas tardías y mal direccionadas, pobreza, desigualdad y políticas neoliberales, han desencadenado una sindemia cuyos efectos se prolongarán al proceso de vacunación. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha hecho llamados públicos para que los gobiernos y las sociedades se preparen ante el impacto que las nuevas

cepas del SARS CoV-2 tendrán, así como para nuevas y más agresivas pandemias (Prensa Latina, 28 de diciembre 2020). Por lo que, aunque el escenario global respecto a la Covid-19 parezca hoy más alentador, el futuro de América Latina y el Caribe es más sombrío.

Para enfrentar este escenario desde distintos organismos internacionales - como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo o la CEPAL- se han empezado a lanzar iniciativas que van desde la creación de un sistema universal de seguridad social, la integración de un salario social hasta la conformación de una canasta básica digital. Estas propuestas, evidentemente, tardarán para su instrumentalización y aplicación más allá del año 2021. Pero, aparentemente, se está llegando a un consenso sobre la necesidad de girar profundamente el orden social y económico global para implementar nuevamente sistemas de Estado de Bienestar a lo largo y ancho del mundo.

En este momento, muy pocas voces se alzarán en contra de este nuevo consenso. Previsiblemente los defensores del libre mercado y de la limitación del poder del Estado tendrán poco espacio para oponerse. Pero ello, más que deberse a un cambio profundo en las prioridades y perspectivas de la gran empresa, se admiten estas medidas porque no contemplan una real redistribución de la riqueza, ni la disminución en sus tasas de ganancia.

Por ejemplo, la propuesta de la CEPAL sobre la creación de un sistema universal de seguridad social proyecta su financiación con un incremento a los impuestos al consumo. Es decir, con una disminución del poder de compra real de los asalariados. No es de dudarse que desde los organismos internacionales que durante las últimas décadas han promovido el aumento a la edad de jubilación, así como la privatización de los sistemas de salud y pensiones, retomen sus esquemas. Para las empresas y los empresarios de estos ramos significarán un aumento en el número de sus clientes y de sus ganancias.

Contrario a lo que una visión optimista podría presentar, la sindemia latinoamericana y las que vendrán, según advertencia de la OMS, implica el fin del neoliberalismo. El consenso sobre la necesidad de cambios en América Latina y el Caribe se está forjando sobre la certeza de que el capital no solo no será perjudicado, sino que tendrá un momento de crecimiento. La sindemia actual y sus sucesoras significarán el revulsivo que la economía global necesitaba para salir de la profunda crisis en la que se sumió desde 2008. De confirmarse estas previsiones, lamentablemente, tendremos que concluir que la humanidad no ha

Pensar la política y lo político en tiempos de pandemia

aprendido ninguna de las lecciones que 10 meses de crisis sanitaria, millones de contagiados y cientos de miles de muertos nos tendrían que proporcionar.

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial (2021). *Población total*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>. Última consulta 1 de enero de 2021.
- BBC News (26 de febrero de 2020). *Coronavirus: Brasil confirma el primer caso en América Latina*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51641436#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20de,detec-tado%20oficialmente%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina>. Última revisión, 1 de enero de 2021.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). *Panorama Social de América Latina, 2019*. (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1), Santiago.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Junio de 2020). *Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf. Última revisión 1 de enero de 2020.
- Ferraro, C. y Rojo, F. (2018). *Las MIPYMES en América Latina y el Caribe: Una agenda integrada para promover la productividad y la formalización*, Santiago de Chile, OIT. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_654249.pdf. Última revisión 1 de enero de 2020.
- Hernández, B. (2020). *Mortalidad por Covid-19 en México. Notas preliminares para un estudio sociodemográfico*, México, UNAM. Disponible en https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_036_hector-hernandez_mortalidad-por-covid-19_0.pdf?fbclid=IwAR3B6SRztsDpRc_fwA-AzjtIj1yqdbCve4ll2HEXtosc9FOkwydknQWDMFE. Última revisión 1 de enero de 2020.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). *Covid 19 projections. Latin America and Caribbean*. Recuperado de <https://covid19.healthdata.org/global/latin-america-and-caribbean?view=total-deaths&tab=trend>. Última revisión, 1 de enero de 2021.

- Noticias ONU. (12 de noviembre de 2019). *La obesidad se triplica en América Latina por un mayor consumo de ultraprocesados y comida rápida*. Disponible en <https://news.un.org/es/story/2019/11/1465321>. Última revisión 1 de enero de 2021.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas*. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Última revisión 1 de enero de 2021.
- Organización Internacional del Trabajo (2019). *Panorama laboral 2019. América Latina y el Caribe*, Perú. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_732198.pdf. Última revisión, 1 de enero de 2021.
- Oxfam International (27 de julio de 2020). *Aumentan los millonarios de América Latina a medida que la región más desigual del mundo se hunde bajo el impacto del coronavirus*, Oxfam, 27 de julio de 2020. Disponible en <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/aumentan-los-mil-millonarios-de-america-latina-medida-que-la-region-mas-desigual>. Última revisión, 1 de enero de 2020.
- Prensa Latina. Agencia Informativa Latinoamericana (17 de noviembre de 2020). *Estado brasileño de Sao Paulo extiende cuarentena por Covid 19*, Prensa Latina. Disponible en <https://www.prensa-latina.cu/index.php/component/content/?o=rn&id=411957&SEO=estado-brasileño-de-sao-paulo-extiende-cuarentena-por-covid-19>. Última revisión, 1 de enero de 2021.
- Prensa Latina. Agencia Informativa Latinoamericana (28 de diciembre de 2020). *OMS advierte sobre pandemias más graves en el futuro*, Prensa Latina. <https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=420407&SEO=oms-advierte-sobre-pandemias-mas-graves-en-el-futuro>. Última revisión, 1 de enero de 2021.
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

