

# El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2

---

Gonzalo Basile\*

---

## RESUMEN

A partir de una revisión documental de las experiencias país y el análisis crítico de contenidos y discursos, este artículo identifica cuatro grandes procesos que caracterizan al *gobierno* de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 de pretensiones totalizantes, reproducibles y universales aplicados tanto al Estado como a las sociedades latinoamericanas y caribeñas. El primer proceso, es la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática preeminente del lenguaje sociopolítico de las relaciones humanas y sociales para pensar la pandemia; en segundo lugar, lo que denominamos *el gobierno de la microbiología* en el diseño y gestión de las intervenciones frente al riesgo epidémico individual y colectivo; en tercer lugar, la transferencia de los clásicos protocolos clínicos e institucionales de prevención y control de infecciones hospitalarias como medidas sanitarias poblacionales hacia la sociedad y, por último, estos tres procesos respondiendo a una geopolítica de creciente expansión de seguridad sanitaria global planteada por la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de la Salud como prioridad de una salud global liberal y reproductora del sistema mundo acelerado, asimétrico, deshumanizado que deja cada vez menos espacios para la salud y la vida en sociedad.

**PALABRAS CLAVE:** SARS CoV-2, Microbiología, Control y Prevención de infecciones, Seguridad Sanitaria Global, Salud Internacional Sur Sur. .

## The Government of Microbiology in the response to SARS-CoV-2

### ABSTRACT

Based on a documentary review of the country experiences and the critical analysis of content and discourses, this article identifies four major processes that characterize the government in the response to the public health emergency of SARS-CoV-2 of totalizing, reproducible and universal applied both to

\* (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541>)  
Epidemiólogo y Cientista Social. Director e Investigador del Programa de Salud Internacional de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) República Dominicana. Coordinador regional Grupo de Trabajo (GT) de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Lati-

noamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Contacto: [gbasile@flacso.org.do](mailto:gbasile@flacso.org.do) /

**Fecha de recepción:** 03 de agosto de 2020.

**Fecha de aceptación:** 10 de Septiembre de 2020.

the State and societies to Latin American and Caribbean. The first process is the updating of the doctrine of contagion in the 21st century as the preeminent grammar of the sociopolitical language of human and social relations to think about the pandemic; second, what we call the governance of microbiology in the design and management of interventions against individual and collective epidemic risk; third, the transfer of the classics clinical and institutional protocols for the infections prevention and control of hospital as population health measures towards society and, finally, these three processes responding to a geopolitics of growing expansion of global health security raised by the international medical authority of the World Health Organization as a priority of a liberal and reproductive global health of the world system accelerated, asymmetric, dehumanized that leaves less and less space for health and life in society.

**KEYWORDS:** SARS CoV-2, Microbiology, Infection Prevention and Control, Global Health Security, South South International Health.

## Introducción

La combinación entre caracterización descriptiva e interpretación hermenéutica para abordar el estudio de la pandemia de SARS-CoV-2 resulta un ejercicio imperativo para el pensamiento crítico latinoamericano en salud. Para no repetir los presupuestos filosófico-teórico del método positivista y el estructural funcionalismo de la salud pública, es sustancial mirar y analizar este proceso salud-enfermedad de manera distinta y particular, para observar los lenguajes, dispositivos y operacionalizaciones que se activaron en la pandemia global y las epidemias nacionales y locales, pero que en general fundamentan la idea de una matriz de afrontamiento única, positivista, universal y reproducible.

Este artículo entonces caracteriza el proceso de gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 guiada por una racionalidad inherente a una *biomedicalización radical* que puso en el centro de la estrategia mundial y regional el clásico Control y Prevención de Infecciones en Establecimientos Sanitarios (IPCC, por sus siglas en inglés) y la protocolización de

la microbiología transferida masivamente a las sociedades.

El *gobierno* es un triángulo que se mueve entre el proyecto, la gobernabilidad y la capacidad de gobernar (Matus, 2007). En este trabajo denominaremos *Gobierno* a la capacidad tecno-política teórica y metodológica con que actores sociales desarrollan el analizar y abordar situaciones y problemas cuasiestructurados y complejos que se dan en la Sociedad. El gobierno no como simples “funciones” u organigramas, sino como un proceso dinámico, constante y permanente de análisis y respuesta a situaciones y problemas complejos (Matus, 1987).

La estructura institucional del Estado, los sistemas y servicios de salud tuvieron ajustes adaptativos internos a partir de las circunstancias de un ambiente externo hipercomplejo epidémico en el SARS-CoV-2 que fue simplificado en clave de expertos, protocolos, fases, cuarentenas e higienismo (Basile, 2020a).

Este abordaje -que, desde mi perspectiva, fue prevalente en la mayoría de las autoridades sanitarias en América Latina y el Caribe- es una consecuencia de la marcada influencia que aún tiene el funcionalismo sistémico, la ciencia microbiológica, la *enfermología pública* y la geopolítica de la seguridad sanitaria global que permean a la salud pública regional herencia colonial del Siglo XIX, pero que también colonizaron a la medicina social desarrollista del siglo XX (Granda, 2004). Ambas expresiones subvaloran las capacidades que tiene la ciudadanía, la sociedad, en la posibilidad de lograr estrategias sociales a través de procesos deliberativos para el cuidado colectivo en la preparación y respuesta a las emergencias y desastres (Basile, 2020b).

Este artículo identifica, a partir de la revisión documental y de experiencias país, cuatro grandes procesos de gobierno con pretensiones totalizantes en el Estado y en la sociedad latinoamericana y caribeña. El primero, la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática del lenguaje sociopolítico para pensar la pandemia, en segundo lugar lo que denominamos *el gobierno* de la microbiología y la infectología clínica en la respuesta al riesgo epidémico del SARS-CoV-2; tercero, la transferencia de protocolos de prevención y control de infecciones hospitalarias a la vida de la sociedad, y por último, estos tres procesos respondiendo a la geopolítica de la seguridad sanitaria global planteada por la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como prioridad de la salud global liberal y el sistema mundo imperante (Basile, 2020b).

### Reactualización de la doctrina del contagio

Según el *Dizionario etimológico storico dei termini medici* (Marcovecchio, 1993), la palabra

contagio procede del latín *contagium*, que significa contacto, y ésta, del verbo *contingo*, que significa tocar o estar muy cerca de alguien. Según el mismo diccionario, contagio ya tenía desde el siglo I d.C. un significado negativo que indicaba contaminación por proximidad o por contacto con alguien. *El Diccionario de Ciencias Médicas* (Stedman, 1993), define contagio como «transmisión de una enfermedad por contacto con uno o más enfermos» y, a continuación, aclara que «el término se empleó mucho antes de conocerse las ideas modernas sobre enfermedades infecciosas y desde entonces ha perdido gran parte de su significado original; se lo incluye hoy dentro del nombre más amplio de ‘enfermedad transmisible’».

El problema del origen de las enfermedades consideradas *contagiosas* en el siglo XIV y XV, epidémicas y endémicas, se las llegó a relacionar con los demonios, luego al miasma y los gérmenes; conceptos que dominaron el pensamiento tanto en el campo de la medicina, la salud pública y otros campos políticos, económicos, ambientales y sociales. Si bien es cierto que algunos médicos como Ambroise Paré (Maxit, 2003) sostenían que la enfermedad era producto de la *ira de Dios* en castigo por los pecados terrenales, otros afirmaban que se debía a causas humanas o naturales que provenían de la protección del aire y ambiente.

Justamente Girolamo Fracastoro (1971), ilustre escritor médico italiano, es a quien se debe la *doctrina del contagio* como una necesidad del propio *Renacimiento* según múltiples autores (Boas, 1994). Sus trabajos sobre las epidemias, endemias y en particular sobre la sífilis, constituyen de las contribuciones más significativas al pensamiento médico de los siglos XV y XVI. Construye una teoría de virus, más que de infecciones bacteriológicas pero dará contenidos fundantes al *contagio*.

Para Fracastoro (1935) en su obra *Contagio*, delimita la doctrina con ciertos patrones explicativos: 1. Enfermedades por contacto de la manera que una fruta podrida daña otra sana; 2. Enfermedades transmisibles por los vómitos, proceso comparable la existencia del hollín sobre una pared ahumada; 3. Enfermedades transportadas a distancia cuyo virus llega a las personas, de la misma manera que el zumo de los ajos hace llorar los ojos de las personas sensibles.

El médico veronés realiza una clasificación de los tipos de contagio en el siglo XVI, que son los siguientes: 1) el directo o por contacto de persona a persona; 2) el indirecto, a partir de las *fomes* como intermediarias (concepto teórico propio de la medicina), y que en términos más comunes corresponde a los objetos en los que pueden permanecer “*las semillas de la enfermedad*” transmisoras del padecimiento, ya sea en las ropas, los utensilios y objetos diversos que pueden transportarlas para posteriormente alojarse en otro cuerpo humano y, por último, 3) el contagio a distancia, cuyo caso más común es a través del aire. Estos tres tipos de contagio son causados por las “semillas de la enfermedad” y no por “cualidades ocultas”. La idea de las semillas que causan determinadas enfermedades contagiosas, incluso ya utiliza cierta etiología causal con incluso cierto multicausalismo que será desarrollado por la biomedicina en el siglo XIX y XX.

La doctrina contagiacionista al asumir la inexistencia de un tratamiento del todo efectivo (Merli y Feixas, 1815), proponía soluciones profilácticas. Los partidarios del *contagio* abogaron desde un inicio por las cuarentenas en lazaretos, por los cordones sanitarios y por la fumigación de los lugares infectados para el afrontamiento de las enfermedades infecciosas (Fernández Carril, 1865).

No es de extrañar, puesto que la medicalización de las naciones fue uno de los distintivos de la Ilustración, y más aún en los estados absolutistas, que encontraron en la universalización de la asistencia médica a todo el conjunto social un instrumento de control nada despreciable (Ackerknecht, 1973).

Son constantes en toda la obra de Fracastoro (Montiel, 2005) estos tres conceptos sobre la *doctrina contagiacionista*: a) influencia atmosférica, b) predisposición individual y e) contagio, conceptos que dominaron el pensamiento científico incluso en los tiempos de Pasteur y Koch.

Se observa que por mucho tiempo la historia de la epidemiología y salud pública convencional fue la historia de la tergiversación de estas tres ideas básicas. Nuevamente estas tesis volvieron a reproducirse a gran velocidad y escala en el siglo XXI en el proceso de respuesta a la pandemia global y las epidemias particulares de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

Este lenguaje reactualizado de la doctrina del contagio en el siglo XXI, construyó una gramática y lenguaje de afrontamiento que delimitaron los campos del saber y del hacer frente al SARS-CoV-2. Un sistema político-médico que establece la hipótesis experimental de distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si viven o mueren y en mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Estas tesis del siglo XIV y XV fueron revisitadas y retomadas a gran velocidad en la actualidad.

La conversión de las ciudades y territorialidades latinoamericanas y caribeñas en grandes *lazaretos* remite a la idea que es posible crear una gran muralla simbólica de contención y eliminación del *contagio* de la enfermedad. Pero, paradójicamente, la propia enfermedad se encuentra circulante dentro de las mismas ciudades y sociedades. Se trata, en definitiva, entonces, de construir un espacio cerrado, sujeto a una normativa específica, la cuarentenaria. No es una simple barrera que impidiese el paso de la epidemia, sino el lugar del cual solamente se puede salir temporalmente sano, purificado. Para Quim Bonastra (2010) la práctica de las cuarentenas y, en general, todo el sistema cuarentenario estuvo históricamente fundado en un cuerpo de conocimientos experimentales dentro del cual ocupan una situación central los saberes biomédicos hegemónicos en cada período histórico.

En términos generales sobre los antecedentes y revisión del marco teórico y metodológico de la doctrina del contagio que actualmente fue reactualizado e implementado en varios países como medida principal de afrontamiento al riesgo epidémico de SARS-CoV-2 se pudiera describir resumidamente que:

- *Es un sistema político-médico basado en el empirismo y la militarización con cuarentenas como método experimental principal;*
- *Tiene un carácter experimental todas las acciones, enunciaciones y políticas durante la epidemia en cada territorio nacional.*
- *Una gramática del contagio con una narrativa de culpabilización del Otro, estar bajo sospechosa. De la persecución, de vigilar y castigar, transformando a la sociedad*

*a partir del miedo y la desconfianza mutua. Con una aporofobia hacia los excluidos y oprimidos, o peor aún con una necropolítica,*

- *Necesita de la división de la sociedad en individuos con el fin de aislar, inspeccionar y controlar;*

- *Tiende a una extrema biomedicalización de enfermedades de afectación poblacional;*

- *Es un proyecto disciplinador y de nueva normalización por características intrínsecas;*

- *Homogeneiza a la sociedad e identifica en cada contexto factores considerados peligrosos y punibles;*

- *La medida en general se transforma en un sistema de creencias (secularización). Prima narrativa dualista del miedo y la excepcionalidad (“Esto o la Muerte”).*

## **La Microbiología *al* Gobierno, la salud colectiva paralizada**

Desde el holandés Antonie van Leeuwenhoek pasando por Louis Pasteur (Debré, 1998) y Robert Koch se irán configurando las bases de lo que conocemos como *microbiología* (Collard, 1976). Una ciencia aplicada con centralidad en el laboratorio, el microscopio y la idea del descubrimiento del agente infeccioso (bacterias en un principio) como agentes específicos causales en la producción de enfermedades, a partir de la cual se desarrolla la famosa triada causal de *agente infeccioso-huésped-medioambiente*. Claro que la ciencia microbiológica expandirá sus capacidades en la inmunología y virología como ramas científicas

biomédicas (Engleberg *et al.*, 2007). Las bases de la ciencia microbiológica, en el estudio de microorganismos desde bacterias, virus, hongos, parásitos, tendrá implicancias claves para lo que hoy reconocemos como la hegemonía biomédica en el campo de la salud humana (Menéndez, 2005).

Ahora bien, al enunciar *microbiología*, nos estamos refiriendo a un conjunto de dispositivos y narrativas explicativas de los mecanismos de patogenicidad de los diferentes grupos de microorganismos, de transmisión y cuadros clínicos asociados, de las principales pruebas de diagnóstico de las enfermedades infecciosas, los principios básicos de la inmunoterapia y problemática asociada, o de la terapia antimicrobiana y la problemática de las resistencias a los tratamientos, etc. Es decir, un recetario encuadrado dentro de la *biomedicina infectológica* que desde lo singular del proceso patogénico estará produciendo mecanismos, normas y conductas a seguir no sólo para el individuo en su riesgo singular, sino supuestamente extrapolables para atender la salud de la sociedad (Basile, 2020a).

Esta biomedicina infectológica es la que entró en la sala de operaciones en la preparación y respuesta a la pandemia de SARS-CoV-2, lo que en este artículo denominaremos el *gobierno de la microbiología*.

Se define por *microbiologización del gobierno*, al proceso de diseño e implementación de un aparato burocrático de intervenciones sociosanitarias desde el Estado hacia la sociedad, donde se logra imponer un conjunto de significaciones, simplificaciones y diríamos gobernanza cómo únicas, totalizantes y reproducibles. Sólo es cuestión de aplicar los conocimientos de esa *exitosa microbiologización*.

Foucault (2008) en este sentido creó el término *gubernamentalidad*, como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado a través de la salud que empíricamente excede la intervención a las enfermedades para transformarse en una mentalidad de control en y con la sociedad.

Actualmente se podría llamar un proceso de *gubernologización* donde se plantea un divorcio o división del trabajo en el gobierno de la pandemia: lo que hace la *política profesional* en términos de su proyecto electoral-político es aparecer frente a la sociedad para comunicar los mecanismos y medidas de gobierno de la pandemia, y por otro el gobierno y la toma de decisiones reales en manos de la *microbiologización* de la salud pública.

Claro que este proceso se da en un contexto de tejidos institucionales públicos sanitarios extremadamente débiles y fragilizados, con un desprestigio estructural acumulado a todo aquello que sea visibilizado como capacidad pública y colectiva, lo cual permite rápidamente la perennización de esta microbiologización de la respuesta al SARS-CoV-2 fuera de “el” Estado y la Sociedad. Es decir, las capacidades de respuesta están en la *expertise* privada microbiológica, en el gobierno de las y los expertos de la ciencia del individuo aplicada a la población (Basile, 2020a).

Esto va generando un entramado de respuesta a la pandemia con conjugaciones similares a las *políticas basadas en las evidencias* y la *medicina basada en la evidencia* (Fernández Sacases, 2011): el problema es quién está produciendo “*la evidencia*” demostrativa de lo que se *debe hacer*, de la *efectividad* en el control, de los alcances de las

cuarentenas, de policía médica, de un empirismo salubrista de ensayo-error (Basile, 2020b).

A través del lenguaje sanitario no solo describimos y transmitimos conocimientos, sino que delimitamos actuación, el *hacer*, las prácticas en el campo de la salud, que pueden transformar las subjetividades, condiciones sociales de vida y el mundo en que vivimos, o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa (Granda, 2004).

Los sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad que expresan la microbiologización de la ciencia biomédica en el gobierno de la salud pública actualmente en el marco de SARS-CoV-2, generaron un complejo espiral de patologización de la sociedad, neohigienismo y conductismo individual como principal estrategia de afrontamiento.

Foucault (1999), en el “Nacimiento de la Clínica”, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basando su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar. Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera a principios del siglo XX, que era posible construir una *enfermología* pública (Granda, 2004), que se denominará salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones, con el método científico positivista basado en la idea de la verdad universal. Este pa-

radigma y maquinaria es la que se encuentra en operaciones.

*“Al igual que la Medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la Salud Pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene. Esta metáfora del Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo XIX y a inicios del XX... El salubrista del siglo XX está encomendado, entonces, a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no sólo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa.”.* (Granda, 2004)

Para Edmundo Granda (2004) las características de la salud pública convencional a la que denominará Enfermología Pública, son:

- ▶ El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud;
- ▶ El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social;
- ▶ El reconocimiento del poder del Estado como *un mago* de fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y

control de riesgos; con los presupuestos funcionalistas de interpretar como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones.

Esta salud pública convencional fue colonizada por el gobierno de una biomedicina microbiológica al mando de la gestión, planificación, preparación y respuesta poblacional al SARS-CoV-2.

Un ejercicio rápido de revisión país por país sistematizando el perfil de la conformación técnico-política de los Comités Operativos de Emergencias de Salud Pública, Comités de Expertos y Comités de Crisis, arroja una abrumadora evidencia en este sentido. Dar seguimiento al lenguaje sanitario condensado en la comunicación institucional de las y los expertos semana a semana desde inicios de marzo hasta nuestros días sólo permite constatar la hegemonía de una epistemología clínica individual infectológica utilizada, los intentos de dotar de científicidad empírica de las cuarentenas y la política de policía médica, logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en el propio gobierno del Estado la ejecución de una única verdad desde la ideología científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la sociedad.

Es en este contexto de riesgo epidémico de COVID-19 donde el andamiaje residual de la salud pública como del Estado se pone al servicio del gobierno de la microbiología como expresión de una biomedicina radical dispuesta a ensayos experimentales masivos con toda la sociedad. Es decir, el Estado quedó reducido como un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al COVID-19 a través de la activación de cuarentenas, higienismo y policía médica (Mantovani, 2018). La racionalidad empírica y legal que opera en las cuarentenas e higieniza-

ción separa al Estado del conjunto de la ciudadanía. Vigilar y castigar para cuidar.

El Estado latinoamericano y caribeño pareciera tener en la genética de sus modos de actuar una selectividad estratégica, siéndole que al Estado le es más fácil solventar y responder unos problemas que a otros (Jessop, 1999).

### ***Respuesta desde la Prevención y Control de Infecciones: de los establecimientos de salud a la sociedad***

Las dinámicas de gobierno de la microbiología de Estado tomaron cuerpo e institucionalización a través de las cuarentenas, higienismo sanitario y policía médica durante el COVID-19 (Basile, 2020b). La forma de intervención del Estado en la sociedad, su capacidad de infiltrarse en ella en general describe las características y lógicas subyacentes en ese accionar.

Un aspecto poco abordado es la descripción de cómo el saber (bio)médico clínico de la microbiologización en el gobierno del SARS-CoV-2, básicamente como medida central, transfirió las prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en establecimientos sanitarios (OPS, 2011), como prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones, a la sociedad.

Esto llevó básicamente a transferir desde una protocolización en control y prevención de infecciones hospitalarias (OMS, 2018), a una protocolización sobre la sociedad de carácter permanente y continuo:

1. La bioseguridad y extrema higienización ya no en el lavado de manos personal y familiar, sino en la desinfección de superficies, indumentarias, calzados, metales, etc. Esto trasla-



dó mecanismos de limpieza permanente y repetitiva en la cotidianidad de la vida al igual que las superficies y espacios de atención sanitaria o de la esterilización de materiales de uso sanitario.

2. Uso intensivo de químicos (cloros, detergentes, otros). Incluso se intensificaron las publicidades de la industria de insumos de limpieza comercializando todo tipo de productos para aplicación al ambiente y el ecosistema en búsqueda de higienizar y cuidarse.
3. Las formas de entrada y salida en las propias viviendas o espacios de la vida, donde se implantaron *trialoges* en formatos de movilidad y circulación humana segura, a través de mediciones de temperatura, controles de síntomas y signos, otros. Todas medidas empíricamente diseñadas, algunas sin fundamento alguno, otras contradictorias entre sí dependiendo el lugar, el espacio, la actividad y la dinámica.
4. Uso de equipos de protección personal con áreas de uso y eliminación en el hogar, propiciando incluso un uso *irracional* de materiales de protección médica necesarios, a partir por ejemplo en la proliferación del uso de mascarillas respiratorias para atención de alto riesgo que terminaron siendo utilizadas en actividades al aire libre, en comercios o esparcimiento para quienes las pueden pagar.
5. Aversión y fobia al microbioma, a una supuesta eliminación radical de la convivencia del ser humano con los virus, parásitos, hongos o bacterias que están en la naturaleza. Paralelamente se intensifican el uso de tóxicos, químicos para la agricultura, minería, otras actividades extractivas de la naturaleza.

En la siguiente tabla, buscamos realizar un breve ejercicio comparado de las guías y acciones de prevención y control de infecciones hospitalarias y en establecimientos de salud, y cuáles se llevaron adelante en la propia sociedad como medida de salud poblacional.

Lo interesante es que, a diferencia de las guías técnicas de control y prevención de infecciones hospitalarias donde se busca también detectar las prácticas institucionales inefectivas y/o malas, en el caso del SARS-CoV-2 estas directrices siguen siendo repetidas una y otra vez como mantras científicos de efectividad inespecífica. La política de Estado llevada adelante en este coronavirus desde el gobierno de la microbiología, fue bajo la premisa repetida de “*ganar tiempo*”. Ante la dinámica epidémica, los establecimientos sanitarios (Hospitales especialmente) que son los que atienden y reparan el daño social de la enfermedad, debían ser preparados generando actividades de ‘paracaídas’, acciones donde recursos financieros, humanos y médicos-sanitarios se bombean a un lugar de brote o emergencia de salud pública, a fin de sofocar un incendio epidemiológico en particular, para detener la distribución y tendencia de la enfermedad en ese momento, pero hacen poco por abordar sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva (Breilh, 2013) que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean particularmente susceptibles a las enfermedades y muertes injustas y evitables.

Estas premisas, saberes, prácticas y epistemología aplicada a las emergencias de salud pública y los desastres sociambientales en el siglo XXI, como ya venía ocurriendo con otras endemias y epidemias, produjo algunas manifestaciones institucionales que se registran comparativamente

**Tabla 1 Control y Prevención de Infecciones (IPCC en inglés) en establecimientos sanitarios y en la vida en sociedad. Año: 2020**

Prevención y control de Infecciones en Establecimientos sanitarios	Prevención y Control de Infecciones en la Sociedad
<i>Triage</i> de entrada y circulación en el Establecimiento sanitario	<i>Triage</i> de entrada y circulación en el hogar, en comercios, y espacio público (tanto al aire libre y espacios cerrados)
Equipos de Protección Personal según Guías para Equipos sanitarios de atención según riesgos	Materiales de Protección con uso de Mascarillas, Guantes y Protectores faciales con homogenización del riesgo.
Desinfección intensiva de superficies, limpieza de espacios comunes y esterilización de materiales con Insumos específicos.	Desinfección intensiva de superficies, limpieza entrada-salida del hogar, limpieza de materiales de uso doméstico (especie de esterilización doméstica) a través de insumos específicos.
Ventilación ambiental de infraestructura y gestión de desechos sólidos y biológicos	Ventilación de la vivienda y espacios

Fuente: Elaboración propia con base en guías y documentos de la OMS (2009, 2014, 2015, 2018, 2020)

en países de la región en la actualidad epidémica del SARS-CoV-2:

1. La paralización virtual o total de las capacidades de los sistemas y servicios de salud pública (incluyendo sector privado, las redes de primer nivel de atención) de acciones, programas y estrategias que realizaban en atención básica, enfermedades crónicas, salud materna, salud de la infancia y otras. Todas posiblemente insuficientes y fragmentadas, pero necesarias.
2. Un retardo de 60 a 100 días para la territorialización de la respuesta a la emergencia de salud pública, con activación de una epidemiología de proximidad, inteligente y de redes de salud trabajando en cada micro-área, barrio, territorio, comunidad y territorialidad.
3. Los sistemas de información de salud clásicos siguieron repitiendo una *epidemiología*

*con números* del siglo XX, haciendo inferencias a repetición en el seguimiento de tasas de frecuencia. El ejemplo de la tasa de letalidad aleatoria contando por cadena nacional las defunciones, pero sin conocer en una epidemia en curso el total de enfermos/as (sólo se conocen los casos con prueba diagnóstica), fue un error que la propia autoridad médica regional (Organización Panamericana de la Salud-OPS) sigue repitiendo hasta nuestros días.

A partir de las primeras décadas del siglo XIX, la cuantificación tiene un avance importante en la medicina occidental y se consolida como sinónimo de científicidad, luego asociada a la microbiología. Comienzan entonces a multiplicarse las aplicaciones aritméticas a temas como la mortalidad, relacionando variables como sexo, ocupación y raza. La cuantificación se transforma en mito y lleva a considerar a los números como expresión de los éxitos de la medicina. La esperanza en los efectos de la incorporación del método

cuantitativo, lleva a considerar a dicho momento como “*una revolución en la medicina; que dejaba de ser un arte conjetural para convertirse en una ciencia exacta (...) donde el único camino para la investigación está dado por las estadísticas*” (Shryock, 1961).

La cuantificación como eje de científicidad terminó por estructurar respuestas totalizantes para problemas complejos, ignorando que hay cosas muy difíciles de medir y que su medición no es necesariamente sinónimo de ciencia. Se antepone la medida cuantitativa a la comprensión de las multidimensionalidades y multiniveles de un problema, como sí entender o medir fueran partes contrapuestas de un dilema sin resolución. Ese énfasis en lo cuantitativo alejó como objeto de estudio a todo aquello que no se someta a dicha lógica (Gadamer, 1993).

Siguiendo la tesis de este trabajo, resulta útil realizar una revisión comparada del diseño, gestión e implementación de los Comités Operativos de Emergencia de Salud Pública ante el COVID-19 como en otras emergencias sanitarias anteriores para la preparación y respuesta, en los que los países latinoamericanos y caribeños parecen repetir patrones, lógicas y la cultura institucional *instaurada*.

De la revisión sistemática y el análisis de los decretos, resoluciones, medidas y anuncios de países de Latinoamérica y Caribe, además del seguimiento de la respuesta a la emergencia en varios de ellos a partir de una matriz de análisis crítico elaborada por el Grupo de Trabajo (GT) de Salud Internacional de CLACSO<sup>1</sup> (Basile, 2020a), se realizó una breve sistematización del marco de

<sup>1</sup> Es el Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, con 25 centros de estudios miembros de 18 países y 88 investigadores de América Latina y Caribe, España y Portugal.

análisis sobre el modelo de Respuesta a la Emergencia:

### **Panamericanismo sanitario.**

Toda esta matriz de operacionalización de *microbiologización* no pudo expandirse sin el auxilio de la plataforma de la doctrina panamericana (Rapoport, 2008) que una vez más operó sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio de su dominio y expansión de intereses. La salud internacional panamericana y la salud global liberal en general orgánicamente responden a esta geopolítica del poder y conocimiento del Norte global y su sistema mundo (Basile, 2018).

Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el XX (Basile, 2019). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “las Américas” como un todo uniforme no pueden comprenderse sin esta matriz de por medio.

Esto explica en parte por qué las diplomacias y tecnocracias globales de la salud a la hora de actuar e intervenir en esta geopolítica internacional, incluso las latinoamericanas y caribeñas, son implementadoras, operacionalizadoras y ejecutoras acriticas de las agendas de supuestos “consensos” de salud global y cooperación internacional Centro-Norte. Esta dinámica panamericana requiere de diplomacias y tecnocracias sanitarias dispuestas a reproducir, administrar y no problematizar ni pensar alternativas (Basile, 2018).

Así no es casual que diariamente nos encontremos con reportes de COVID-19 para las Américas

**Tabla 2. Componentes comparados identificados en el Modelo de Respuesta a la Emergencia de COVID-19 en América Latina y Caribe / 2020**

Campo	Marco conceptual	Metodología	Acciones-Prácticas
Modelo de Atención	Biomedicina con preeminencia de la Infectología	Atención clínica-curativa. Aparece cuestión clínica deformada (des-humanización) de la persona como objeto de intervención normativa.	Asistencial intra muros en Establecimientos de Salud y/o Unidades para la Emergencia. Aprovechamiento de insumos, camas y tecnología.
Gestión de la Emergencia	De los “expertos” de la ciencia clínica. La “guerra” o “combate” al COVID-19.	En algunos países centralizada y otros descentralizada en multiplicidad de actores públicos y privados. Medidas de prevención clínica individual a la sociedad.	Comportamientos individuales, pautas y medidas de higiene y aislamiento.
Modelo de Organización de la Respuesta	Desastre “natural”: La enfermedad (naturaleza) afecta a la sociedad. Control poblacional y punitivo	Militarización y securitización de la respuesta a la emergencia.	Retenes y controles policiales y militares. Detenciones. Persecución y culpabilización a la Sociedad.
Promoción de Salud /Protección	Estilos de Vida - Comunicación de Riesgo	Abordaje y responsabilización individual. “Policía Médica”. Centralidad en los cambios de comportamiento, conductas y hábitos individuales. Grupos de riesgo.	Campañas de sensibilización masivas, materiales gráficos informativos clásicos, entre otros. Sin entrega de kits de protección e higiene.
Participación ciudadana	Modelo de “movilización” pasiva. Transferencia de conocimientos biomédicos (dimensión clínica de la enfermedad, medidas de protección individual, etc)	Convocatoria al distanciamiento social desde el Estado. En general modelo “vertical”. Puede existir formación transferencial de información.	Videos, Fotos, #Hastag a través de redes sociales y medios de comunicación. Redes de desinformación /Sobreinformación y pánico colectivo.
Epidemiología de COVID-19	Descriptiva. Instrumental. Enfocada a los eventos de morbilidad y mortalidad (enfermedad).	Registro y notificación de COVID sobre criterios de confirmación clínica y/o sospechosos según definición de caso.	Boletines epidemiológicos y Sala de Situación a nivel nacional. A nivel local información fragmentada y desarticulada según actores gubernamentales. Circulación de información de mala calidad en la sociedad.
Redes (Integradas e Integrales) de Salud	No se encuentran conceptualización referida a Redes y COVID-19.	Sólo articulación y coordinación de acciones intersectoriales.	Actividades exclusivamente de rutas de referencia-contrareferencia tradicionales de la salud pública sobre “enfermos”. En algunos países la APS fue cerrada. Cada organismo gubernamental planifica y ejecuta sus acciones
Perspectiva de Género	No se encuentran conceptualización referida a Estudios de Género, Epidemiología y COVID-19. Sólo frecuencia de caos por Sexo y Edad. En la práctica se refuerzan estereotipos patriarcales de biomedicalización.	No se encontraron.	Sobrecarga en la “mujer” como cuidadora en el hogar, la limpieza y los servicios. Femicidios y epidemia de violencia basada en género.
Protección Social	Gerenciamiento del riesgo social	Asistencialismo focalizado y prueba de medios	Transferencias de ingresos. Entrega alimentaria directa. Plazos y condonaciones impuestos y fiscalidad
Interculturalidad	Multiculturalismo	Traductores multiculturales.	idiomas indígenas.

Fuente: Elaboración propia con base en la información generada por el GT.

donde Estados Unidos y Canadá son epidemiológicamente contabilizados al igual que el resto de la región. “Las Américas” aparece como unidad, una región tan atacada por la circulación viral del COVID-19 como Europa. Tampoco es sorpresa que el panamericanismo sanitario reproduzca matrices de intervención en salud basadas en control poblacional masivo como premisa, persecución y policía médica, militarización de emergencias de salud pública (Basile, 2019).

### ***Seguridad sanitaria global: Biomedicalización de las relaciones internacionales***

El último concepto para revisar es el de seguridad sanitaria global (De la Flor, 2018), ideario que obliga a los Estados del Sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales del Norte global, que a las necesidades reales de la salud colectiva de sus sociedades (Rusthon, 2011).

El nexo entre seguridad y salud se convirtió en una narrativa dominante dentro del campo de la salud y lo internacional en las últimas dos décadas, con una invasión de la actividad militar en esta área de la salud. De la Flor (2018) presenta la emergencia de la seguridad sanitaria global como el producto de un proceso de medicalización internacional que denomina *biomedicalización* de las relaciones internacionales. Actualmente este proceso se expande por diferentes vías como son las nuevas diplomacias sanitarias, el sistema de cooperación sanitaria Norte-Sur, las intervenciones humanitarias y militares en salud (Basile, 2020c).

La medicalización de la seguridad global se considera desde los 90’ en la tesis de la “Amenaza Internacional para el Norte Global a la circulación de Enfermedades Infecciosas y Patógenos” entre

las cuales se cuenta a las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el ébola, o actualmente el SARS-CoV-2, la expansión de la globalización anclada en el complejo político liberal de fines del siglo XX y continuada en el siglo XXI, que implicó la aparición de problemas que eran cuantitativa y cualitativamente distintos a la Guerra fría (Rusthon, 2011).

Así el punto de partida de esta tesis de seguridad global en salud viene de una interpretación donde algunos ubican sus orígenes en el año 1989, cuando el virólogo estadounidense Stephen Morse presentó el término de enfermedad infecciosa emergente (Emerging Infectious Diseases o EID). Durante la década de 1990 los expertos en salud y seguridad de los Estados Unidos interesados por este concepto comienzan a medir la amenaza internacional que suponía la emergencia de nuevos virus desconocidos hasta entonces para su seguridad nacional (De la Flor, 2018).

A nivel mundial a partir de la consolidación de la salud global liberal (Basile, 2018), el actor que vino reclamando considerar que las enfermedades emergentes constituían una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, por sus siglas en inglés), argumentando que podían afectar negativamente tanto sus intereses comerciales internacionales, geopolíticos como a la salud pública de sus ciudadanos. La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de la *securitización*, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional de los EE.UU. (King, 2002), pero sin considerar en lo más mínimo las causas estructurantes en el metabolismo sociedad-naturaleza que condicionaban la aparición de estas nuevas enfermedades (Basile, 2020a). Como señala De la Flor (2018), las agencias de seguridad y los centros de investiga-

ción de Estados Unidos no dirigieron sus esfuerzos a estudiar y transformar los procesos estructurantes de estas enfermedades, sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológica global que pudiera responder y alertar las amenazas a “su” seguridad (Aldis, 2008).

De ahí la aparición en cadena de los centros de estudios que desde el Norte global centralizan el trabajo de este marco teórico y metodológico que coloniza la comprensión de las epidemias, pandemias, otras emergencias de salud pública: *Johns Hopkins Center for Health Security, Global Health and Security Executive Program Harvard Kennedy School and Harvard Medical School, Harvard Center for Risk Analysis, Oxford Centre for Tropical Medicine and Global Health, Global Health Security Index, Walter Reed Army Institute of Research*<sup>2</sup>, entre otros. Referencia llamativa en este sentido, es el Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud en asociación con el Foro Económico Mundial de Davos y la Fundación Bill y Melinda Gates organizaron el “Evento 201” (CJHHS, 2019), un ejercicio pandémico de alto nivel realizado el 18 de octubre de 2019 en la ciudad de Nueva York. El ejercicio ilustra las áreas en las que serían necesarias alianzas público / privadas durante la respuesta a una pandemia severa para disminuir las consecuencias económicas y sociales a gran escala”, dice la página del «Evento 201, a *Global Pandemic Exercised*». La enfermedad escogida como pandemia para el modelo fue un Coronavirus (CJHHS, 2019).

También jugaron un importante papel los medios de comunicación, al difundir información relativa a las amenazas que suponían estas nuevas circulaciones infecciosas, lo que contribuyó a aumentar

el temor, la ansiedad y las demandas de protección entre la población estadounidense en lógica de securitización sanitaria (Wald, 2007).

La seguridad sanitaria global es un concepto modificado dependiendo el contexto, patógeno y quién / qué está en riesgo (De la Flor, 2015). Las múltiples gramáticas de seguridad en la narrativa de la seguridad sanitaria mundial implicaron formas y lentes de abordajes desde los casos como el VIH-SIDA (Rusthon, 2010), SARS o las gripes pandémicas, el ébola, el zika, entre otras amenazas. Esto sugiere que existe una variación y readecuación reflejada en el lenguaje utilizado para distinguir los diferentes problemas de salud colectiva dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global (Wenham y Barros Leal Farías, 2019).

Esta tendencia incluye año tras año un creciente protagonismo de intervenciones militares entendiendo a la salud como problema de seguridad nacional (McInnes, 2006). La participación militar nacional de China en la preparación y respuesta a brotes de influenza y SARS, la red de vigilancia liderada por militares de Perú, las actividades militares de detección de VIH de Tailandia, el control de vectores militarizados de Brasil y otros países de la región por el Zika y Dengue, la gestión del cólera por las fuerzas armadas en Zambia, los buques e incursiones del Comando Sur en Latinoamérica para atención médica de enfermedades desatendidas, y la lista continua. Esto es conceptualmente diferente con el cambio en paralelo producido desde la seguridad sanitaria mundial en la participación de militares en cuasi invasiones internacionales para responder a las preocupaciones de enfermedades infecciosas externas al Norte global como fue el caso del ébola en Sierra Leona, Guinea y Libera donde desembarcaron ejércitos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Francia, entre otros. Es un *modus*

<sup>2</sup> ShareAmerica – “El Ejército estadounidense tienen un largo historia en detener contagios”. Recuperado en: <https://share.america.gov/es/las-fuerzas-armadas-de-ee-uu-tienen-un-largo-historial-en-detener-contagios/>

*operandi* con botas en el suelo para combatir la amenaza de una enfermedad. En África esas fuerzas militares comandaron las cuarentenas, la segregación y los centros de confinamiento.

El discurso del *excepcionalismo* (Ingram, 2013), con o sin fracasos generalizados, está produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al *normalizar* el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares dependiendo el país) en la respuesta de emergencia de salud pública con las enfermedades infecciosas.

El resultado de todos estos movimientos es que los militares son innegablemente reconocidos y cada vez más como un actor clave en las operaciones de seguridad de la salud global, que también se conjuga con el intento de darles un rol a las fuerzas militares en momentos de paz y/o de mantener e incrementar su gasto militar (Wenham, 2019).

O peor aún, el “estado de guerra” a una enfermedad -demostrado en el caso del ébola y actualmente en COVID-19-, puede debilitar gravemente las acciones fundamentales de los servicios de salud pública generales, de atención básica centrada en la comunidad, de la vacunación, de la respuesta a las enfermedades endémicas, de la salud de las mujeres, del cuidado y la protección sanitaria, es decir, produciendo *arreglos* con inyección de anabólicos de respuesta en los sistemas de salud pública, sin fortalecer las vigentes ni las nuevas capacidades.

Además, aunque las enfermedades que carecen de una causa microbiana son una grave carga para la salud de las sociedades en muchos lugares del mundo y también en el Sur global, el brote repentino de una enfermedad infecciosa potencialmente letal tiene una mayor capacidad para

atraer la atención de las sociedades occidentales y los decisores políticos del sistema-mundo (Basilé, 2020a). Especialmente en los países del Norte global, donde las poblaciones están menos acostumbradas a las enfermedades infecciosas que presentan un riesgo de mortalidad agravado.

Por último, en la definición de zonas de peligro y zonas de seguridad existe una línea divisoria (borde) que se puede (des)dibujar y luego controlar como una forma de proteger la salud de una población en un lado de la línea de la exposición a los cuerpos enfermos respecto de las poblaciones en el otro lado. Las fronteras entre Estados fueron y son sitios de modos exclusivos de práctica de seguridad y abandono. Para los gobiernos que enfrentan riesgos de muchos tipos, existe una fuerte tentación de pensar primero en los territorios de los que son responsables. Las medidas de bioseguridad relacionadas con la migración y basadas en la frontera pueden, por lo tanto, servir a un propósito político interno útil para mitigar la ansiedad de las poblaciones dentro de un territorio determinado, aunque las restricciones de movilidad dificulten la inserción de personal médico o de suministros entre países afectados (McInnes *et al.*, 2020).

Ahora bien, la narrativa de seguridad sanitaria mundial fue construyendo un régimen de gobernanza asociado. La propia OMS estuvo por años presionada por las demandas permanentes de Estados Unidos e incluso Canadá para responder a su lógica de seguridad sanitaria global. La OMS se vio forzada, como suele suceder en últimos 30 años, a tener una función clara de trabajar sobre estas solicitudes o perder más poder del que ya viene sufriendo (Davies, 2008). Para adecuar el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Internacional a las exigencias del momento, las tecnocracias de la OMS revisaron la última regulación del

Reglamento Sanitario Internacional que estaba vigente desde mediados de 1950 y diseñaron una nueva estrategia de identificación, alerta y respuesta a los brotes epidémicos (Fidler, 2005). Así, entre 1995 y 2005 se crearon las dos principales estrategias que componen el actual sistema de vigilancia epidemiológico global que es el GOARN (*Global Outbreak Alarm Response Network*) y las preparaciones pandémicas. Así con la Red Global de Respuesta a Alertas de Brotes (GOARN, por sus siglas en inglés). La OMS mantuvo un aparente dominio y éxito en mostrarse como el actor principal para abordar las amenazas de enfermedades para el Norte global y responder a estos intereses geopolíticos. Esta estructura institucional se complementa con una serie de ONGN (Organización No Gubernamentales del Norte) y actores no estatales que comprenden el régimen global de seguridad sanitaria. Unos años después, el Informe de Salud Mundial de la OMS de 2007 definía el concepto de seguridad sanitaria global como “*el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales*” (OMS, 2007).

Pero el vigente sistema de vigilancia epidemiológico global fue siempre y es considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS contribuyeron a construir (De la Flor, 2018), lo cual traza la poca sorpresa para algunos que una epidemia en fase de afectación pandémica principalmente para el Norte global en Estados Unidos, Canadá y Europa (OWD-Oxford University, 2020), paralice al sistema-mundo entero y replantee las reglas del juego. Más que en referencia a la pandemia en sí misma, replantean en ese centro

global la pregunta *¿para qué sirve este sistema (léase la propia OMS) que no nos sirvió ni respondió al Norte global cuando lo necesitamos?* El descrédito de la OMS en varios países del complejo político liberal (EE.UU., Reino Unido, Australia, entre otros) es creciente. Por supuesto que en gran medida la afectación particular de Europa y Estados Unidos es lo que muestra una alerta, financiamiento, sobre atención y respuesta global de total prioridad para la seguridad sanitaria por su impacto geopolítico. Una vez pasada esta afectación en el centro global, habrá que monitorear la respuesta al proceso pandémico en la periferia (Basile, 2020a).

Por ejemplo, la lenta respuesta de la OMS puesta en evidencia en el ébola en África en 2014 tuvo en gran medida como razones el desfinanciamiento crónico de la oficina regional de la OMS en África (IDS, 2015), y además la enfermedad fue comprendida como un problema olvidado y particularmente africano, y no como una amenaza internacional. Esto hizo que la atención inicial y la respuesta en general fuera parcial y de baja alerta mundial. Cuando la enfermedad comenzó a transformarse en un potencial amenaza sanitaria al Norte global ahí claramente se movilizaron recursos (Honigsbaum, 2017). Con la Resolución No.2177 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en el año 2014<sup>3</sup> se impuso una respuesta internacional de emergencia caracterizada por la creación de un fondo global contra la epidemia, el envío de fuerzas militares occidentales como el Comando de los Estados Unidos para África (AFRICOM) y el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional (Burci, 2014). Estas actuaciones de emergencia contribuyeron decisivamente a cortar la cadena de transmisión, pero

3 Security Council resolution 2177. (2014). Peace and security in Africa Available: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20)



también produjeron unos efectos negativos que señalamos a continuación (Heymann, 2015). Entre ellos, que los medios de comunicación perdieron el interés por informar sobre la enfermedad cuando esta dejó de suponer una amenaza a los Estados occidentales (Sendín y Nieto, 2015); posteriormente, con la declaración del final del brote, la intervención humanitaria militarizada y de seguridad sanitaria se dio por finalizada comenzando así una fase de post-emergencia caracterizada por la retirada de los recursos internacionales. De la Flor (2018) describe pormenorizadamente como los países africanos afectados tuvieron que continuar enfrentando los problemas causados por la epidemia como: la destrucción de sus sistemas sanitarios, la elevada mortalidad entre sus trabajadores de salud, la recuperación de los pacientes, la atención sanitaria de otros problemas desplazados durante la epidemia y la recuperación económica de su agricultura y economía nacional. La securitización de la enfermedad desplegó una actuación de emergencia que desatendió en gran medida los conocimientos y capacidades de las propias sociedades africanas.

La respuesta local a la enfermedad demostró la importancia del cuidado (Álvarez, 2005) y la solidaridad desarrollada por las sociedades africanas para responder a las fases de emergencia y post-emergencia de la epidemia. En este sentido actuaciones diversas que señalan tanto la importancia de organizaciones ya establecidas, como las autoridades y terapeutas tradicionales que contribuyeron a informar, prevenir y coordinar la respuesta en terreno (Tomas, 2015), como nuevas redes que diseñaron programas para dar seguimiento a la cadena de transmisión y desmentir informaciones falsas que estigmatizaban la cultura y el comportamiento africano (Bajo, 2015). El refuerzo de una mirada occidentalizada de las sociedades africanas representadas como pasivas

y temerosas se conjugó con el desinterés por intervenir sobre las determinantes internacionales de naturaleza política, ecológica o económica de la crisis epidemiológica. La población africana fue representada como un conjunto homogéneo, temeroso y pasivo a merced de la ayuda internacional.

En definitiva, este último eslabón para el caso de la respuesta al COVID-19 busca marcar que las políticas de seguridad sanitaria global fueron diseñadas, pensadas y centradas en la defensa de los intereses de los Estados occidentales del Norte global. Esta securitización de la salud con los esfuerzos globales en la priorización de la lucha contra enfermedades que obedecen a este mandato de seguridad sanitaria del Norte global, sin duda desplazan actuaciones sobre otras necesidades sanitarias mundiales y regionales (Basile, 2020b). Este concepto, en la medida en que abarca una multitud de problemas de salud (y de otros tipos), se construye como amenaza para la seguridad de la salud. En segundo lugar, la seguridad de la salud va más allá de un dispositivo retórico para incluir la participación directa del sector de la seguridad.

Al cuestionar la vigencia de una mirada colonial sobre el COVID-19, al mirarla en el espejo de la “catástrofe” epidémica de Europa y Estados Unidos, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia desde la salud internacional Sur Sur (Basile, 2018) para poner en el centro el papel que juegan otras determinaciones internacionales en la producción de la enfermedad, en los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza, el neoliberalismo y capitalismo del desastre (Basile, 2020a). Hay una nueva autoridad sanitaria internacional que emergió con la salud global liberal que ha sido olvidada en el medio de la pandemia y que son las

fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el Banco Mundial (BM), la Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) que han sido actores centrales de la agenda sanitaria global (Basile, 2018). La llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a las reformas de los sistemas de salud en varios países tuvieron asociación y coordinación directa con la propia OMS y OPS, agencias que actualmente lideran la respuesta sanitaria. Esta nueva autoridad sanitaria global “de hecho” de los últimas décadas es la que primordialmente es necesario señalar y analizar en el actual contexto de pandemia COVID-19 para entender sus consecuencias.

La narrativa de seguridad sanitaria mundial y de seguridad sanitaria nacional, que ya se había afianzado en el panorama mundial de la salud y el discurso de formulación de políticas, encuentra en la “guerra” al COVID-19 una plataforma de perenización global totalizante. Este proceso sigue la lógica de titulización de la Escuela de Copenhague, según la cual cualquier problema puede ser percibido como una amenaza a la seguridad “*no necesariamente porque exista una amenaza existencial real sino porque el problema se presenta como una amenaza*”. Es decir, la clave para esta comprensión de la securitización de la salud no es la ‘amenaza’ real de un patógeno y/o enfermedad sino un acto de narración exitosa -dice Wenham (2019)- *‘a través del cual se construye una comprensión intersubjetiva dentro de una comunidad política para tratar algo como una amenaza existencial para un objeto referente, [generando] el respaldo de medidas excepcionales de emergencia más allá de las reglas que de otro modo estarían obligados’*.

Esto tendrá (y tiene) repercusiones tangibles para las operaciones de seguridad sanitaria mundial, y se corre el riesgo de poner en peligro de naturalización y aceptación futura por parte de las sociedades a nivel global, regional y nacional de intervenciones de seguridad sanitaria mundial a partir de intervenciones militares y de policía médica, y por lo tanto asociado a esto también, poner en (re)activación la capacidad de promulgar medidas extraordinarias que pueden ser siempre necesarias, es decir, una política de la excepcionalidad como nueva regla en la respuesta a las emergencias de salud pública y desastres en el actual sistema mundo.

## Reflexiones finales

El diseño del proceso de gobierno de la gestión y respuesta a la Emergencia del SARS-CoV-2 deberá seguir siendo estudiada por un largo tiempo, especialmente por sus características intrínsecas que este artículo describe en cuanto a la microbiologización e individualización del riesgo, transferencia de responsabilidades y protocolos biomédicos a la vida en sociedad, conjuntamente con una creciente militarización y *punitivismo médico* en el campo de la salud.

La normalización de un tipo de proceso de gobierno de la pandemia y las epidemias que llamamos el “*gobierno de la microbiología*” expandido en los territorios nacionales y la geopolítica de la securitización a nivel global resultan elementos claves para comprender el nuevo nexo entre seguridad y salud, en una *guberbiologización* de la esfera pública y del sistema mundo vigente (Dussel, 2004). Asumiendo una cuestión indisimulable: demasiados problemas de salud colectiva (además de SARS-CoV-2) ahora están enmarcados dentro de la narrativa de la seguridad sanitaria

global y la seguridad nacional, cruzados con una creciente *biomedicalización* y doctrina del contagio tanto en las relaciones humanas como en las relaciones internacionales.

Es importante continuar investigando en América Latina y Caribe las implicaciones de este movimiento expansivo y preguntarse si solo son conceptos nacidos para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas y qué riesgos plantea *normalizar* estas intervenciones de seguridad en el campo de la salud colectiva.

Por último, la caracterización de las formulaciones de respuesta a la emergencia sanitaria con contenidos tan *experimentales, ambiguos, empíricos, individualizantes, higienizantes, biomedicalizados, microbiologizados, totalizantes, excepcionalmente securitizados* y dualmente explicados y desarrollados desde una creciente culpabilización a las sociedades, van transformando lo excepcional en norma, y se van generando nuevas gramáticas sociosanitarias que podrían ser adaptadas a múltiples nuevos contextos, poblaciones, momentos y particularidades.

La única forma de terminar con una arquitectura de gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 de este tipo, es construyendo otra arquitectura más relacional, polifónica y compleja (Almeida-Filho, 2006). Refundar una innovada amalgama de tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano expresado en la nueva corriente de la Salud desde el Sur (Basile, 2018) y la larga tradición de la medicina social y salud colectiva del siglo XX (Iriart *et al.*, 2002), como contribución a una *praxis* que apueste a despertar de la parálisis a la ciencia crítica en salud en el periodo pandémico. Apostando a una investigación- acción al servicio de las luchas y nuevos horizontes emancipatorios que llevan adelante los movimientos sociales, indígenas, feministas y afros frente a los engranajes del capitalismo, la modernidad, el patriarcado y la colonialidad en el continente. Quizás sea el camino alternativo para descolonizarse de los expertos clínicos, las fases, las escalas y la cuarentenología imperante.

## Referencias bibliográficas

- Ackerknecht, E. H. (1973). *Medicina y sociedad en la ilustración*. In Lain Entralgo, Pedro. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, vol. V, 143.
- Aldis, W. (2008). "Health security as a public health concept: a critical analysis", *Health Policy and Planning*, vol. 23, Núm. 6: 369-375.
- Almeida-Filho N. (2006). "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones", *Revista Salud Colectiva*, vol. 2, Núm. 2:123-146.
- Álvarez, A. (2015). "Cuando cuidar puede significar contagio. La dimensión de género en la crisis del Ébola". En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.) *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 70-83.
- Bajo Erro, C. (2015). "TIC y compromiso para enfrentarse a la amenaza. La epidemia en la sociedad hiperconectada". En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.) *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 102-115.
- Basile, G. (2018a). *Salud Internacional Sur Sur: hacia*

- un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Diciembre, 2018.
- Basile, G. (2019) La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Mayo, 2019.
- Basile, G. (2020a). Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermología pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Marzo, 2020.
- Basile, G. (2020b). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Mayo 2020.
- Basile, G. (2020c). “La Geopolítica de la Colonialidad ética del sistema internacional de cooperación: el caso Haití”. En: Carcuro M.; Matos, E. y Vargas, A. (editores) *Masacre de 1937. 80 años después: Reconstruyendo la memoria*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 369-412.
- Boas, M. (1994). *The Scientific Renaissance, 1450-1630*. Nueva York: Dover Publications. 129-342.
- Bonastra, Q. (2010). “Recintos sanitarios y espacios de control: Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria” [versión electrónica], *Dynamis*, vol. 30: 17-40.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31, supl.1: 13-27.
- Burci, G. L. (2014). “Ebola, the Security Council and the securitization of public health”, *Questions of International Law*, 10: 27-39.
- CJHHS (Center Johns Hopkins for Health Security). (2019). Evento 201. <http://www.centerforhealthsecurity.org/event201/> (consulta 18 de marzo del 2020).
- Collard, P. (1976): “The development of Microbiology”. Cambridge: Cambridge University, 8-136.
- Davies, S. E. (2008). “Securitizing infectious disease” [versión electrónica], *International Affairs*, vol. 84, Núm.2: 295-313.
- De la Flor, J. L. (2015). “El Dispositivo de Seguridad Sanitario Global”. En: Mateos, O. y Tomas J. (coord.) *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 20-38.
- De la Flor, J. L. (2018). “La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE” [versión electrónica], *Comillas Journal of International Relations*, Núm.13: 49-62.
- Debré, P. (1998). *Louis Pasteur*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 25-105.
- Dussel, E. (2004). *Sistema mundo y transmodernidad*. México:Modernidades coloniales, 201-226.
- Engleberg, C.; DiRita, V. y Dermody, T. (2007). *Schaechter's Mechanisms of Microbial disease*. Baltimore: Lippincott Williams & Williams, 3-65.
- Fernández Carril. (1865). *Importancia de los lazaretos y cuarentenas*. In *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español*. Madrid: Imprenta de José M. Ducacal, 225.
- Fernández Sacasas, J. (2011). “Controversias en torno a la medicina basada en evidencias”, *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 10, Núm. 3: 339-347.
- Fidler, D. (2005). “From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations” [versión electrónica], *Chinese Journal of International Law*, vol. 4, Núm. 2: 325-392.
- Foucault, M. (1999). *Nacimiento de la biopolítica*. En: *Obras esenciales*. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós, 209-215.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población*:

- curso impartido en el Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 156-180.
- Fracastoro, G., Wynne-Finch, H. y Abraham, J. J. (1935). *Syphilis, or the french disease*. Londres: Heinemann, 106-117.
- Fracastoro, G. (1971). “Da Gerolamo Fracastoro ad Athanasius Kircher ed Antony Van Leeuwenhoek”, *II Fracastoro: Gazzeta Medica Veneta*, vol. 64, Núm. 3: 197-228.
- Gadamer, H. (1993). *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa, 13-119.
- Granda, E. (2004). “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, Núm. 2: 8.
- Heymann, D. et al. (2015). “Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic”, *The Lancet*, vol. 385, Núm. 9980: 1884-901.
- Honigsbaum, M. (2017). “Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of global health”, *Medical history*, vol. 61, Núm. 2: 270-294.
- Ingram, A. (2013). “After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity”, *Antipo-de*, vol. 45, Núm. 2: 436-454.
- IDS (Institute of Development Studies). (2015). Global Governance and the Limit of Health Security. Practice Paper in Brief. <http://www.ids.ac.uk/publication/global-governance-and-the-limits-of-health-security> (consulta 29 de agosto de 2020)
- Iriart, C. et al. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 12, Núm. 2: 128-136.
- Jessop, B. (1999) “The strategic selectivity of the state: reflections on a theme of Poulantzas”, *Journal of the Hellenic Diaspora* [versión electrónica], vol. 25, Núm. 1-2: 1-37.
- King, N. (2002). “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”, *Social Studies of Science*, vol. 32, Núm. 5/6: 763-789.
- Mantovani, R. (2018). “O que foi a polícia médica?”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [versión electrónica], vol. 25, Núm. 2: 409-427.
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir, 3-125.
- Matus, C. (2007). “Escuela de gobierno”, *Salud colectiva*, vol. 3, Núm. 2: 203-212.
- Marcovecchio, E. (1993). *Dizionario etimologico storico dei termini medici*. Italia: Festina lente, 3-20.
- Maxit, M. (2003). “¿De quién hablamos cuando hablamos de Ambroise Paré?”, *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, vol. 6, Núm. 1.
- McInnes, C. y Lee, K. (2006). “Salud, seguridad y política exterior”, *Review of International Studies*, vol. 32, Núm. 1:5-23.
- McInnes, C.; Lee, K.; Youde, J. y Enemark, C. (2020). La bioseguridad y el riesgo para la salud mundial. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001/oxfordhb-9780190456818-e-12> (consulta 20 de agosto de 2020).
- Menéndez, E. L. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud colectiva*, vol.1, Núm. 1: 9-32.
- Merli y Feixas, A. (1815). *Arte de detener y aniquilar las epidemias y el verdadero secreto para no contagiarse en tiempos de peste*. Barcelona: Juan Dorca Imp, 34.
- Montiel, I. R. (2005). “Fracastoro y la teoría contagionista”. En: Faas, H.; Saal, A. y Velasco, M. (editores) *Epistemología e Historia de la Ciencia. Selección de trabajos de las XV Jornadas Jornadas Volumen II Tomo II*. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, 543-549.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007-protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra: OMS.
- OMS. (2009). Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Settings. Ginebra: OMS.
- OMS. (2014). Infection prevention and control of epidemic- and pandemic prone acute respiratory infections in health care. Ginebra: OMS.

- OMS. (2015). Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos probables o confirmados de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Ginebra: Orientaciones provisionales, OMS.
- OMS. (2018). Infection Prevention and Control (IPC) Assessment Framework (IPCAF). Ginebra, OMS.
- OMS. (2020). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Ginebra, OMS.
- OPS. (2011). Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Washington D.C.
- OWD (Our World in Data)-Oxford University. (2020). Casos confirmados y muertes confirmadas por COVID-19. Oxford University.
- Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. <https://www.alainet.org/es/active/24570> (consulta 20 de agosto de 2020).
- Rushton, S. (2010). “AIDS and international security in the United Nations System”, *Health policy and planning*, vol. 25, Núm. 6: 495-504.
- Rushton, S. (2011). “Seguridad de salud global: ¿seguridad para quién? ¿Seguridad de qué?”, *Political Studies*, vol. 59, Núm. 4: 779-96.
- Sendín, J. y Nieto, M. (2015). “Medios de comunicación en el tratamiento internacional de la crisis del Ébola”. En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.). *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 201-221.
- Shryock, R. (1961). “The history of quantification in medical science”. En: Woolf, H. *Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences*. New York: Bobbs Merrill, 215-220.
- Stedman, T. L. (1993). Diccionario de ciencias médicas. Buenos Aires: Panamericana, 2-128.
- Tomas, J. (2015). “Autoridades tradicionales, dinamismo cultural y ébola. Una reflexión”. En: Mateos, O. y Tomas, J. (coord.). *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 85-99.
- Wald, P. (2007). *Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative*. UK: Duke University Press, 1-29.
- Wenham, C. (2019). “The oversecritization of global health: changing the terms of debate”, *International Affairs*, vol. 95, Núm 5: 1093–1110.
- Wenham, C. y Barros Leal Farias, D. (2019). “Securitizing Zika: the case of Brazil”, *Security Dialogue*, vol. 50, Núm. 5: 398-415.