

### Mesa 3: Trabajo, salud y derechos

Título de la ponencia: **Neoliberalismo, globalización y pandemia. ¿Los trabajadores de la salud en las coordenadas de un Modelo Médico Dominante?**<sup>1</sup>

Resumen: *En el ensayo se presentan algunas raíces históricas y estructurales para leer el fenómeno de coyuntura, a partir del cual se enhebran el rol del Estado, la producción de datos e información y una sellada unidad entre Estado, Capitalismo y Medicina que pareciera erigirse con un nuevo impulso donde más que hablar de Modelo Médico Hegemónico cabe preguntarse por un modelo biomédico dominante, donde quedan atravesados los trabajadores de la salud.*

Autora: Lic. Agostina Loreley Gieco (FCS-UBA). [agosgieco@hotmail.com](mailto:agosgieco@hotmail.com)

En el clásico artículo de un autor de referencia ineludible en el campo como Eduardo Menéndez, llamado “El Modelo médico y la salud de los trabajadores” (1978/2005) se enumeran las características neurálgicas del Modelo Médico Hegemónico signadas por el biologicismo, la ahistoricidad y la eficacia pragmática (en el conjunto de los grupos sociales) el cual considero se ha intensificado al calor del fenómeno de coyuntura. A estos rasgos responderemos con altas dosis de historia social y elementos estructurales para comprender las profundas raíces y acumulación de contradicciones de este modelo en su relación con la respuesta política a la pandemia y el lugar de los trabajadores y profesionales de la salud en dicho escenario.

Menéndez plantea allí que en la construcción de la respuesta ante la enfermedad abrevan las condiciones estructurales dentro de las cuales hallamos a la epidemiología y la clínica, pero también a las condiciones socioeconómicas dentro de las cuales los procesos y relaciones laborales son centrales, pero que como una operación ideológica tanto el trabajo como el sujeto son disueltos de los análisis.

Recuperando ese planteo, es crucial restituir el carácter político y estratégico en las acciones de salud y en su relación dentro y fuera de los ámbitos de trabajo por parte de los trabajadores de salud. Si ese modelo biomédico excluyó y excluye lo social, lo político y lo ideológico cuando el autor escribe y reescribe el artículo<sup>2</sup>, ahora considero

---

<sup>1</sup> La base del escrito fue realizado en el contexto del seminario de doctorado de la FCS-UBA dictado por el Dr. Hernán González Bollo, quien acompañó con múltiples reflexiones que han sido incorporadas.

<sup>2</sup> Escrito en 1978 y actualizado en el 2005 por el propio autor.

que nos coloca (y a los trabajadores de salud en particular) en la trampa del mantra de la “curva” de casos...

Cabe recuperar la discusión del lugar estratégico de los trabajadores/equipos de salud<sup>3</sup> trayendo elementos históricos profundos que desarrollo en el ensayo, así como nuevas-viejas tecnologías como la Medicina Basada en la Evidencia y la Minería de datos en tanto dimensiones de trasfondo en la coyuntura actual donde se enhebran, por una parte, el rol del **Estado**, la producción de datos e **información** a gran escala generando conocimiento a través de la deducción de patrones y, por otra, la sellada **unidad entre Estado, capitalismo y medicina** (Foucault; 1978) que pareciera erigirse con un nuevo impulso vital.

Por ello, la pregunta problema que guía el escrito es: *¿Qué hay detrás de los eslabones que componen la producción de datos de la mencionada “curva” de casos y su “achataamiento”, que por momentos pareciera excluir cualquier posible tensión entre las mediciones, la política y la sociedad, y en cambio en otros, deviene directamente en polos antagonistas bajo el lema “salud vs economía”<sup>4</sup>?* (Entendiendo por eslabones, a configuraciones históricas de los procesos de producción de datos, mediaciones de funcionarios y técnicos del Estado, grupos sociales) y *¿Cuál es el impacto de los números según el discurso dominante y según algunos detractores?*

A tal fin, el presente ensayo se estructura en dos grandes bloques para responder a los siguientes objetivos:

- 1) Describir los cimientos de las visiones académicas hegemónicas sobre los datos y la “curva” recuperando la tradición del matrimonio bien avenido entre Estado, Medicina y Capitalismo (XIX), con la incorporación de la Medicina Basada en la Evidencia a finales del siglo XX y el Big Data en la actualidad (XXI).
- 2) Recuperar las voces de algunos detractores que cuestionan las representaciones que se erigen de las categorías estadísticas, a partir de aquellos ejes fundantes del discurso de los números, la *curva* y su *achataamiento*.

Para el primer objetivo se trata de recuperar las **condiciones de producción de conocimiento médico e intervención estatal en América Latina** dentro de las

---

<sup>3</sup> Esto, en el marco de la tesis de doctorado que se propone explorar los procesos transversales a la pérdida de control de los fines y productos de trabajo de la labor profesional médica bajo la lente de dos organizaciones profesionales-sindicales durante el régimen de gobierno kirchnerista (Braverman; 1980; Derber; 1983; Donaire; 2012; McKinlay; 1988).

<sup>4</sup> Al cierre de este escrito se realizó un “banderazo” (17A) donde los “motivos” enunciados para la convocatoria van desde la amenaza del materialismo dialéctico, fetos en las vacunas, pasando por la denuncia de un sistema comunista inexistente, y sobre todo elementos reaccionarios contra el lenguaje inclusivo, el derecho al aborto, contra los feminismos y en defensa del patriarcado, por su puesto también con diversas expresiones a favor de la propiedad privada, y demás lementos. Ver: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=9&v=oK1MnHZeeFA&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=9&v=oK1MnHZeeFA&feature=emb_logo)

matrices del Panamericanismo (García; 1981 y 1982) y la Salud Global Liberal (Basile; 2018) hasta nuestros días, y su relación con la administración pública. Dentro de este derrotero se procura recuperar la **racionalidad cuantitativa** de la constitución del *hermano menor* y marginal, pero brazo armado al fin, **de la sanidad estatal**: a saber, la **epidemiología**.

Seguidamente, intervienen las voces críticas que **cuestionan** el impacto real y pretendidamente **homogéneo** de determinadas **intervenciones gubernamentales estructuradas alrededor del discurso del objeto “curva”** para **poner sobre el tapete la relación entre neoliberalismo, globalización y la emergencia de la(s) pandemia(s)** pasadas, presentes y futuras.

En ese entramado resultante es donde se busca leer la posición de los trabajadores, profesionales y equipos de salud. Un tablero de coordenadas que fortifican el denominado MMH, una coyuntura global que desde la corriente de la Epidemiología Crítica y Salud Colectiva se pregunta por la nueva fase de acumulación cibernética en la acumulación del capital (Brehil; 2015) y caracterizada por la acumulación por despojo (Harvey; Breihl). Frente a la pandemia (y metáfora de combate mediante) los trabajadores en la primera línea de los contagios acumulaban 60 muertes y 17 mil contagios a mediados de agosto (Chaina, P12;2020) en nuestro país, atravesados por el pluriempleo y el desgaste físico y mental, pero fundamentalmente presos de esta lógica biomédica dominante en una fase acelerada del capital.

## **Bloque I.**

### Estado, capitalismo, medicina y procesos de des-particularización

Parafraseando a Bourdieu (Bourdieu; 2014: 51), hay condiciones sociales donde las ficciones relativas al Estado resultan operativas y en este caso, resulta paroxístico el nivel de expresión de la teatralización de la acción política de la cuarentena o Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Es decir, para la reproducción simbólica del orden social, el **Estado** debe construir permanentemente la **idea de des-particularización en sus políticas públicas**, tanto de salud, como al momento de colocar fuerzas de seguridad en el territorio. Porque está claro que la militarización no es una política de salud, sin embargo, el trabajo para que este sea operativo acontece en tanto resultado de un devenir histórico y relaciones de poder, que resultan bastantes obvios.

El Estado como monopolio de la violencia física y simbólica legítimas, como lo fiduciario organizado, combina policías en las calles y expertos en infectología y modelos matemáticos. El comité de expertos<sup>5</sup> y la concertación política del espectro de gobernadores hace las veces del ejemplo de la comisión que Bourdieu observara con la función de producción de la visión oficial como legítima (Bourdieu; 2014: 52). Esto soslayaría los **antagonismos sociales**, pero, a la vez, se plantea una dicotomía salud vs economía cuando en realidad, como desarrollaremos más adelante, dependerá de la posición teórico-política-ideológica la ubicación del vector de tensión.

Siguiendo la tesis de Bourdieu, aquellos agentes sociales que han construido poco a poco el conjunto de **recursos específicos que autoriza “al Estado” a decir lo que es bueno para el mundo social en su conjunto** (Bourdieu; 2014: 53), en el campo en cuestión puede rastrearse **alrededor del elemento exterior como motor de configuración**.

Encontraremos la medida de la cuarentena (medida empírica desde el siglo XIV<sup>6</sup>) al inicio de la **organización de los estados nacionales en América Latina signado por el comercio exterior**, y luego la **legitimación** de intervenciones estatales por **la idea de un “enfermar común” y porque la cuarentena como herramienta, comenzará a obstaculizar el libre flujo de intercambio de mercancías**. ¿Deja vú? El análisis de la política internacional de salud nos brinda una llave para leer esa alquimia que transforma lo particular en universal para pensar: ¿Cuál es la historia y cuáles son las marcas de poder<sup>7</sup> que se diluyen detrás del mantra de la “curva” y su “achataamiento”?

---

<sup>5</sup> Los expertos y asesores que se presentan cada día en el “tercer lugar” a las 9 a.m, luego de las exposiciones de los funcionarios A.C (que pronuncia un discurso estructurado alrededor de los números) y C.V (quien manifiesta la relación de esos números con las acciones políticas de gobierno), reflejan la definición del autor: “*Si hay un acto del Estado, se trata del nombramiento de un conjunto de personas reconocidas como habilitadas, socialmente designadas para realizar una función determinada; después, la designación de un problema digno de ser tratado por personas dignas de tratar los problemas públicos. El problema público es un problema que merece ser tratado públicamente, oficialmente*” (Bourdieu; 2014: 42)

<sup>6</sup> A este respecto, Richard Hayward (1956) afirma que la cuarentena se practicaba desde el siglo XIV en Venecia y en el Adriático, y después se generalizó a otros países. En este sentido es el mismo tipo de práctica estatal conceptualizado por Foucault en el modelo Francés (Foucault; 1978), que constituye además la práctica más frecuente en América latina, según la línea argumental de J. César García (1981).

<sup>7</sup> Aunque Bourdieu y Foucault se emparentarían en una supuesta visión más compleja, diversa y capilar del poder en su análisis del Estado que el marxismo, esta en una polarización construida que realiza la operación de obviar los diversos niveles de abstracción con los que trabaja el marxismo. Basta leer la continuidad de Marx, Engels, Lenin, Trotsky (particularmente la obra *Resultados y Perspectivas*, profundamente anti economicista, así como la elaboración de la teoría del estado obrero burocratizado) para rápidamente refutar tal maniqueísmo. Es real que para el marxismo es insoslayable el carácter de clase de los Estados, pero esto no implica de ninguna manera una identidad inmediata entre las diversas fracciones de la clase dominante y su ocupación/representación en el Estado, o que siempre se represente una fracción de aquella (situaciones expresadas por regímenes “bonapartistas” o “cesaristas”). De forma similar, desde la tradición Weberiana, Theda Skocpol incurre en la misma operación de atribuir al marxismo la anulación de las diferencias entre la sociedad y el estado. Asimismo, según la crítica efectuada por Burawoy (en: *Dos métodos en pos de la ciencia*), la autora norteamericana incurre en un método estático y mira desde fuera de la historia, mientras que Trotsky se halla en el centro de la lucha de clases. Para desarrollos analíticos del despliegue de políticas sociales en general y de salud y sanitarismo en particular ver: Claus Offe: *La política social y la teoría del Estado*. Alianza, Madrid, 1990 y Vincent Navarro: *Lucha de clases, Estado y Medicina*. Ed. Nueva Imagen, 1978.

En *“La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930)”* Juan César García (1981) ilustra su tesis de la configuración y ajuste de los servicios de salud latinoamericanos nacientes a las necesidades de una producción capitalista destinada al mercado exterior. Con un rol protagónico de burguesías locales ligadas a la exportación de materias primas y alimentos, fundaciones como la Fruit Company o Rockefeller ocupadas por las “enfermedades debilitantes” de la fuerza de trabajo, organismos internacionales de salud emanados de entidades como la Marina de EE.UU, o llanamente intervenciones militares directas, acompañan diferencialmente a los países latinoamericanos en la modelización de las prácticas médicas a nivel estatal (desplazando la caridad cristiana). **Cuando las epidemias interrumpen el comercio internacional y/o ponen sobre el tapete la necesidad de intervenciones ejecutivas rápidas por la noción de “un enfermar común”, se desarrolla** (lo que hoy denominaríamos como políticas de salud) **la sanidad estatal en Latinoamérica**. Aquí, a diferencia de los países europeos la medicina puede funcionar dentro de un marco ontológico cualitativo de transiciones (saltos en calidad) de estados de salud hacia estados de enfermedad, mientras que en las naciones del viejo mundo producto del avance del modo de producción capitalista la medicina al calor de la intensificación del trabajo acompaña la cuantitativización de los procesos de enfermar (desarrollos de la fisiología y la física). En el marco precapitalista, la microbiología y la parasitología, a partir de las nociones del modelo etio-patológico de la enfermedad (siempre se trata de una enfermedad infecciosa y se excluye lo social) y la matriz emanada de la Medicina Tropical ofrece a los sectores dominantes locales y extranjeros los ardidés para la intervención (García, J. C; 1982)<sup>8</sup>.

Gonzalo Basile lee desde dónde fueron pensadas y desarrolladas las corrientes de la Salud Internacional y la Salud Global en tanto campo de conocimiento, de gestión y gobierno y de acción geopolítica. Caracteriza así a la salud internacional del panamericanismo y salud global liberal como aparatos de reproducción de una geopolítica de poder en las diversas etapas y ciclos del capitalismo global: colonial, industrial, y liquido-financiero. ¿Cómo? A partir de la genealogía de los dos conceptos referidos, que son disciplinadores tanto de los estudios, las agendas y por lo tanto de

---

<sup>8</sup> Durante la segunda década del XX se intensifica la presión de EEUU para la limpieza de los puertos y la fundación Rockefeller comienza con acciones de sanidad terrestre en zonas primario-exportadoras. La Organización Sanitaria Panamericana (OSP) y el servicio de salud de EEUU con el Departamento médico de la United Fruit Company se vinculan por los expertos, las mismas concepciones y una división del trabajo donde Rockefeller se ocupa de la sanidad terrestre -acorde a política tercer borde de EEUU- (anquilostomiasis, malaria, Fiebre Amarilla y la organización de la sanidad local), mientras que la OSP se encarga de construir consensos en sanidad marítima y regulación de cuarentena (actividades planificadas desde la Marina de EEUU y directivos de salud pública de EEUU) (García; 1981).

las acciones en este campo: dispositivos de Salud Internacional del Panamericanismo (SPI) y Salud Global Liberal (SGI).

Anne Emmanuel Birn (2011) considera a la salud internacional basada en una tradición ligada al pasado de las potencias coloniales desde el siglo XVIII y XIX por la que generaron mecanismos para asumir la salud en sus colonias bajo las preocupaciones de los colonizadores. Luego la salud global “pública” de los siglos XX en adelante debe transcender la apariencia ideológica de la salud internacional como “criada” del colonialismo primero o de peón de la Guerra Fría después (es decir que los organismos y su política de salud para el globo también se presentan como desparticularizados como observamos de la mano de Bourdieu). Pero, así como el dispositivo SPI nació respaldado por naciones o intereses económicos poderosos, de modo similar la Salud global se presentó y presenta abocada a abordar las cuestiones de salud transfronterizas y buscar metas económicas, comerciales y de seguridad.

Así, la SPI de matriz Panamericanista (con dos elementos fundantes en su núcleo: relaciones coloniales e internacionales y la división internacional del trabajo), es un campo de conocimiento, investigación y acción que analiza la salud pública internacional como un todo (sus reglamentos, usos y costumbres de lo sanitario en lo internacional, los flujos financieros y de bienes y servicios que circulan, etc). Las bases conceptuales del panamericanismo están en la relación entre: Colonialismo, Enfermedades y Comercio. La preocupación por la enfermedad del colono, y por los mecanismos de propagación de enfermedades y muerte posibilitaron desarrollar medidas de control sanitario desde la segregación racial, cordones y aislamiento médico en ciudades coloniales (Basile; 2018)

Se resume así en dos coordenadas: -la *salubridad para la gobernabilidad* de la acción colonial, junto al higienismo sanitario y -la *medicina tropical* para el fortalecimiento de las capacidades de la colonialidad. Además de centrarse en el control de enfermedades que afectaban la productividad, la noción epistemológica de “Tropical” parte de asumir que la enfermedad obedece a los trópicos (causa) y no a determinaciones sociales, y es el Norte quien debe investigar y dar respuesta.

Esto se traduce concretamente en el marco que otorgan las Conferencias Sanitarias Internacionales, que dan lugar al Reglamento Sanitario Internacional (RSI)<sup>9</sup> y en 1902 a lo que conoceremos como OPS. Desde su nacimiento y sobre todo desde 1930

---

<sup>9</sup> Sobre el Reglamento Sanitario Internacional considero que COVID-19 lo ha puesto en jaque, tanto si lo miramos en su función esencial de sostener la normalidad del flujo de mercancías o si lo observamos críticamente como herramienta-símbolo de la Enfermología pública internacional.

orientadas a controlar las afectaciones a la transnacionalización del comercio y del capital con un “manto” de cooperación estatal para control de enfermedades infecciosas se impulsa este panamericanismo. Son conocidas las campañas verticales y autoritarias (no por ello no efectivas en la dimensión de “control de enfermedades”) contra la Fiebre Amarilla, malaria (o Paludismo), enfermedades vectoriales y uso de DDT, programas higienistas y de inmunizaciones para abordar enfermedades en los enclaves productivos con destacado rol de la Fundación Rockefeller y proto-ministerios de salud latinoamericanos como describe J. C. García.

Desde sus inicios, el campo de la salud internacional estuvo condicionado por la geopolítica e intereses económicos de países centrales. Luego, durante la guerra fría emergen dos bloques, encontrando así la Salud como expresión de condiciones socioeconómicas y de vida (bloque comunista) y el modelo flexneriano biomédico, de una atención médica basada en medicamentos y tecnologías (bloque capitalista). Entre los pactos de posguerra se crea la OMS (1948) con el ideal de control sanitario (RSI) con un conjunto de reglas para reducir la afectación al comercio y migraciones mientras (dicho sea de paso...) se controlan las enfermedades infecciosas<sup>10</sup>.

Este panamericanismo sanitario es lo que Edmundo Granda denomina ENFERMOLOGIA PÚBLICA con la centralidad de las enfermedades infecciosas, el control vertical según la tesis de la Medicina Tropical, primacía de intereses comerciales de países centrales, bio-medicalización de los problemas de salud, ayuda “técnica” desde el centro a la periferia vía expertos. Es decir, un sistema de cooperación donde países centrales buscan afirmar sus posiciones desde decisiones geopolíticas. El límite de esa mentada cooperación se observa en las enfermedades emergentes y reemergentes, no poder torcer balanza frente al cambio climático, las denominadas enfermedades “desatendidas”, etc (Basile; 2018) y claramente en la acumulación de las contradicciones en la relación depredatoria con la naturaleza y la forma de organización social que visibiliza la pandemia en curso.

En cuanto al marco de la Política de Salud Global, las transformaciones producidas por el Consenso de Washington, la injerencia de los OIC como el FMI, Banco Mundial, BID, tuvieron como consecuencia la financierización de la economía y la mercantilización de la vida, la destrucción de la naturaleza y la construcción de una idea: salud global basada en la racionalidad liberal y economía neoclásica donde el neocolonialismo se monta en

---

<sup>10</sup> Momento en que hacen su aparición en escena las teorías desarrollistas, con su expresión en la CEPAL con la retórica de Planificación en salud.

estrategias como el outsourcing para la maximización de ganancias y expoliación de recursos naturales (Basile; 2018)

Anne-Emanuelle Birn observa como un rasgo característico de la salud global la enorme oportunidad de inversión de capital privado, mantenido bajo control durante la Guerra Fría, ya que se amplían las posibilidades de ganancias rentables en el campo, y visibles en la explosión de asociaciones público-privadas fortalecidas por la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud durante el período 2000-2002, con el doble significado del exhorto a "Invertir en Salud" (que se hace eco del informe del Banco Mundial con el mismo título en 1993, considerado la *biblia negra* de la salud) como forma de mejorar la productividad.

Basile recupera la corriente crítica que vincula la SGL con una ampliación del viejo SPI cubierto de un sanitarismo globalizante abierto que incorpora la perspectiva de derechos humanos y de género del siglo XXI, la participación activa de las comunidades y poblaciones en las soluciones a los problemas de salud globales y una matriz de metas globales plasmadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (hoy Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS)<sup>11</sup>. Agenda estandarizada global que tiene un efecto de despolitización.

Tres procesos actúan para la consolidación de la SGL: reformas neoliberales de los estados; declarar las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) o hacer funcionales las tareas sanitarias al mercado, donde confluyen agendas de OMS, BM y las corporaciones y, por último, la consolidación de la hegemonía del complejo médico industrial financiero y corporaciones industriales (filantropocapitalismo) que marca la agenda. Promueven descentralización de los sistemas de salud, la salud como mercancía individual a adquirir y se incorpora la lógica del gerenciamiento en el sector público. En el 2013 los ministros de salud de las Américas aprobaron la "Estrategia para el acceso universal a la salud y la CUS" (excepto Cuba) que tuvo su correlato en nuestro país.

Para un abordaje más genérico de la conformación de los modos de intervención estatal aunado al campo médico, Foucault desarrolla en conferencias llamativamente

---

<sup>11</sup> Batería de indicadores que encuadran nuestras marginales actividades de contención/control de enfermedades en el Ministerio de Salud de la Nación. No es casual. A partir del Informe "invertir en Salud" (1993) Rafael Huertas sintetiza cómo se inició un proceso -que desde entonces sólo se profundiza- que es el de distribuir responsabilidad de modo tal que el Estado se dedique a aquellas actividades que no generan plusvalía (yo diría que no valorizan capital) y que por su respuesta contribuyan a disminuir la Carga Global de Morbilidad que aparece como forma integral de evaluar los daños en salud, la cual es medida en años de vida ajustado por discapacidad constituyendo el indicador que sirve de soporte científico y técnico a las propuestas del Banco Mundial. Así, es como las actividades preventivas pasan, bendición del Banco mundial mediante, a la órbita estatal reducidas a: inmunizaciones, programas de salud escolar (enseñanza sanitaria y tratamiento colectivo de algunas cuestiones), programas de educación/información ("planificación familiar", nutrición, lucha contra los vectores, vigilancia de las enfermedades, búsqueda de la asistencia), programas para reducir consumo de tabaco, alcohol y drogas y programas de prevención del VIH-SIDA (Huertas, Rafael; 1998: 35/37. )



recopiladas por la OPS<sup>12</sup>, los pormenores de la Medicina del Estado o policía médica, la Medicina de las cosas o Medicina Urbana (higienista) y la Medicina de la fuerza laboral. Pueden observarse claramente la correspondencia entre el análisis hasta aquí referido en la obra del autor francés. Asimismo, Foucault en las lecciones conocidas como “Seguridad, Territorio y Población” (Foucault, M; 2007) torna inteligibles los dispositivos de seguridad y técnicas de normalización para reducir normalidades desfavorables, así, los vocablos “caso”, “riesgo”, “peligro”, “crisis”, harán gala de mecanismos de la política de seguridad en la distinción entre lo normal y lo patológico en el gobierno de las poblaciones. Términos por demás afines en la lógica de intervención en contexto de pandemias y de curvas de casos.



### Dimensión estadística de la administración y el Estado

El autor Desrosieres propicia la clave de interpretación de la historia del razonamiento estadístico ligado a la administración y el Estado para pensar la relevancia de la política sanitaria

Sucede que, dentro del **campo del saber médico y la intervención estatal, la Salud Pública “se presenta” como tensión entre lo técnico y lo político y también erige a la estadística como núcleo de la epidemiología**. Esa salud pública ó *Enfermología pública* construye el imaginario aceptado de que la **estadística es separada de la política**, inmutable, universal, y de igual manera es herramienta de intervenciones tanto de nivel individuales (epidemiología clínica) como colectivas (epidemiología poblacional)<sup>13</sup>. Más allá de las pretensiones de construcción de un idioma común y la

---

<sup>12</sup> Fue Juan César García, otrora funcionalista devenido en marxista durante la adultez (contrariamente a preceptos de mesa familiar), que desde la oficina de Recursos Humanos de la OPS entre las décadas del 60 y 70 impulsa la visita de Foucault en América Latina y desarrolla un movimiento por momentos semiclandestino (Operación Andrómeda) de formación en Medicina Social Latinoamericana. Ver: Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud Colectiva. 2011;7(3):285-315.

<sup>13</sup> Resulta interesante para ilustrar estas contradicciones de fondo la crítica de Naomar de Almeida Filho al enfoque de la “Epidemiología Clínica” (EC), sobre todo a la acepción que adquiere entre los ‘60 y los ‘90, que apela al uso de la metodología de la epidemiología para la investigación en el campo de la clínica (datos cuantitativos en diagnóstico, pronóstico y tratamiento). El autor observa que la EC es una ideología científica de la rama de la medicina preventiva (de raíz flexneriana agrego) que incorpora la propedéutica de base cuantitativa denominada clinimetría (sustituye modelos causales mecanicistas por modelos de determinaciones probabilísticas que hasta entonces eran privativos de la epidemiología), pero que por lo demás no agrega nada nuevo. Sin embargo, la epidemiología (aún la tradicional que es biologicista y ahistórica) trabaja con el cuerpo social, mientras que la clínica lo hace con cada caso y lo que lo une es en todo caso el recorte del objeto de intervención: la enfermedad (individuo enfermo y enfermos en poblaciones). Asimismo, N.A.F aclara que las rutas de razonamiento son deductivas en la clínica (se formulan hipótesis diagnósticas a partir de formulaciones generales previas) e inductivas en la epidemiología (establece relaciones y busca explicaciones de tipo causal) y esta última, no obstante los esfuerzos de los abordajes socio-epidemiológicos, ha buscado la legitimación científica de esta ciencia en las ciencias matemáticas. El carácter idealista y alienado de ambas, para el autor, oculta las direccionalidades radicalmente opuestas (en lo que llama “éticas opuestas”) a partir de lo cual echan mano a la jerga probabilística para atenuar el antagonismo. Esto es así ya que la validez científica no viene dada primariamente por la significación estadística, sino por diversas operaciones heurísticas. La clínica además usa como fuente de información pequeños grupos de casos homogéneamente contruidos para formar la casuística (base de la experiencia clínica) a partir de recolección de enormes volúmenes de datos por cada caso, mientras que la epidemiología trabaja con muestras, condenada así a la “ley de los grandes números”. En definitiva, el autor proclama que la epidemiología no es la clínica

traducción de la realidad social en indicadores, **el objetivo** responde al orden de la **decisión y acción política**.

Contrario a estas alocuciones, el vocablo estadística, que bautiza a la actividad desde el siglo XVIII, viene de la noción “estado”, en el *“doble sentido de poder central de una nación y de lista sistemática útil a la administración”* (Desrosieres; 2002: 133).

Pero como bien anticipábamos ese supuesto rol ahistórico y biologicista de la apropiación de la estadística por lo que se denomina Modelo Médico Hegemónico<sup>14</sup> (Menéndez; 1985), llega al punto tal de establecer (como una suerte de fin de la historia de Fukuyama) a la mentada “transición epidemiológica”<sup>15</sup>, heredera de la transición demográfica.

Desrosieres advierte que la **legitimación social de la estadística** viene menos de lo metodológico que de su **inserción en proyectos socio-políticos**, y el movimiento **higienista** es un ejemplo de ello. La estadística juega en las políticas de saneamiento y prevención al combinar el lenguaje para describir problemas de la sociedad, con los modos de acción para tratarlos e indicadores adecuados (Desrosieres; 2002: 140)

En la conferencia: *“For whom de Bell Curves? Statistics as a boundary object between science and the State”* (2007), algo así como una campana que marca el ritmo y coordina la vida, pone de manifiesto que **la campana de Gauss como objeto fetiche de la estadística es una herramienta de gobierno**. Performa la vida social con sus algoritmos. Su historia (de formalismos y métodos) está entrelazada con la de los objetos que se ponen en agenda por las políticas públicas, espacio que en definitiva alberga las **maneras en las que se piensa la sociedad y la economía, los modos de acción pública y el tratamiento de las estadísticas**. Siguiendo a autor, la relación

---

de las poblaciones en la misma medida que la clínica nunca se transformará en la epidemiología de los individuos, negar esta imposibilidad es lo que haría funcionar el oxímoron “epidemiología clínica” (De Almeida Filho, Naomar; 1991: 33/45)

<sup>14</sup> El Modelo Médico según Eduardo Luis Menéndez se instituye durante el período en que las clases subalternas urbanas (incluidos los trabajadores industriales) mejoran comparativamente su nivel de vida y beneficios sociales producto de sus luchas y las necesidades productivas y legitimadoras de la clase dominante. De este modo, las mejoras en las condiciones de salubridad implican el control global sobre los focos transmisibles, ya que esto es casi lo único que asegura la protección de las clases dirigentes (el caso del cólera es su expresión más significativa en países centrales y en México puede verse el mismo punto en los casos de la fiebre amarilla y el paludismo o malaria) **“La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbilidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad”**. Eduardo Menéndez. Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción en el sector salud. Cuadernos médico-sociales, N.º 33 - setiembre de 1985.

<sup>15</sup> La teoría de la transición epidemiológica se formuló para dar cuenta del rol de la disminución de la mortalidad por causas de enfermedades transmisibles, es decir se observó un cambio en el patrón volcado hacia las enfermedades crónico-degenerativas. Esa formulación esconde los perfiles tras la mortalidad y es cuestionada desde diversos enfoques, aquellos que refutan su base empírica y objetan el uso de tasas brutas de mortalidad y documentos parroquiales sin distinción de causas de muertes (Bolaños, 2000), así como otros que cuestionan el contexto de surgimiento político (Alianza para el progreso) del concepto y se inclinan por dar cuenta en todo caso de escenarios de mosaicos epidemiológicos (Spinelli, 2010). Una revisión reciente a partir de la coyuntura rediscute los alcances reales de la mentada transición (Manzano et. al; 2020).

entre los problemas que se tratan y las herramientas usadas debiera historizarse a un nivel concreto para “abrir las cajas negras”, sin relativizarlas por ello.

Dos cuestiones caben puntualizar para el período descrito por García y referido por Susana Belmartino como “proto sistema de salud” ligado a este apartado del ensayo. La **estadística y la medicina en la conformación de políticas de salud como cuestión de gobierno**, y la **salud como cuestión de Estado a partir de una epidemia**.

En ese sentido, respecto a lo primero, Claudia Daniel (2012) analiza los vínculos entre el grupo profesional médico y la institucionalización de la estadística (médica y demográfica) en la Argentina del período 1880-1940 vinculado a los ideales higienistas del fin de siglo XIX. Sobre el segundo elemento en consideración, Leandri (2012) menciona que la Epidemia de cólera (1886) “nacionalizó” los problemas higiénicos, fue Udaondo quien planteó el objetivo de establecer un control de la sanidad y los flujos mercantiles y de las personas, en un contexto de internacionalización de orden intelectual, político, comercial y diplomático, y Ramos Mejía sumó el planteamiento de la intervención preventiva, en el “medio interno”, de los “peligros exóticos” (consolidado en el Consejo de Higiene legislado en 1880).



Estadística, medicina y Estado: la curva como realidad, la tensión entre determinismo y azar en la medicina y la política como veredicto.

El epistemólogo Ian Hacking (1991) en su sinuoso recorrido por el proceso de erosión del determinismo decimonónico al espacio del azar, plantea la paradoja del mayor control posible en el reino de las probabilidades y el indeterminismo. ¿Acaso el achatamiento de la curva no es obra y gracia de la posibilidad de controlar una subpoblación atípica y desviada (enferma) a través del recuento y la clasificación? ¿Se puede acaso objetar que el alud de datos estatales nutridos de técnicas floridas de modelado e inferencia redundan en un bálsamo social frente a la indomable conducta azarosa de cada unidad de SARS-CoV-2? Sospechamos que no. Pero ¿cómo se relacionan el modelo de persona normal y la dispersión con el tema en cuestión?: a través de la **Epidemiología como disciplina que pugna por su hegemonía dentro del campo médico en la salud pública**. Sin domesticación del azar, no hay domesticación de la curva. De la mano de Hacking recuperaremos la relación de la estadística y la epidemiología como brazo armado de la Enfermología Pública estatal.

El proceso da a luz un nuevo tipo de conocimiento “objetivo”. Nuevas tecnologías permiten obtener y producir información merced al recuento de conductas como el suicidio, que frente a estos observadores se erigían con ciertas regularidades. Así, los “promedios” y la “dispersión” comenzaron el camino de ese fetiche que refiere Desrosieres por la “curva normal”, pues tras de esa sucesión de puntos está la idea más fuerte de todas: la posibilidad de control social.

William Farr desde un modelo explicativo, el miasmático, que luego será vencido por las teorías microbianas (y previamente minado por las observaciones de John Snow), introdujo nada menos que la “Ley de Farr” que es la aplicación de la campana gaussiana al comportamiento de las epidemias. Según este, estas avanzan con celeridad hasta alcanzar un pico y luego decaen por el agotamiento de susceptibles dando forma a la campana. Si bien los modernos modelos matemáticos que se usan en pandemias involucran otros elementos del llamado modelo SIR (Urribarri; 2013), subyace el **principio filosófico de domesticación y la teoría de causalidad reduccionista biológica de la tríada ecológica.**

El campo de posibilidades para que se pueda girar de las leyes de la naturaleza hacia la ley de las probabilidades fue abonado por ideas de la sociedad occidental sobre el individualismo y atomismo estatal. Esto permitió el cuádruple triunfo de las probabilidades, a saber: a) un triunfo metafísico, donde las probabilidades de la mecánica cuántica desplazaron la causalidad universal cartesiana para explicar los estados últimos del universo; b) una victoria epistemológica, ya que en el terreno del conocimiento y las creencias, la estimación y el análisis de datos se realiza a partir de probabilidades, c) un tercer asalto, dado por la metodología de razonamiento, es decir la lógica, consagra a la lógica de la inferencia estadística, y finalmente, d) la victoria ética, que nos interesa particularmente, porque es el terreno de la decisión de la administración pública, la *capa exterior de objetividad* que recubre la opinión. Aquí, para Hacking **“la probabilidad está en la base de todas las decisiones razonables que toman los funcionarios”** (Hacking; 1991: 22).

De este modo, el *imperialismo de las probabilidades*, a partir del cual nuestros *temores públicos se debaten atendiendo a las probabilidades*, se hizo posible cuando el mundo devino numérico. Esto es analizado por el epistemólogo a partir de dos dominios: a) indeterminismo físico y b) uso de la información estadística para el control social. El tema del autor es el análisis estadístico de las regularidades de la población (a partir de uno de los *modos de pensamiento* definidos por Crombie) que no logró introducirse sino

hasta el siglo XIX (a pesar de aproximaciones previas, ya que la idea de probabilidad data del 1660) en tanto y en cuanto todo estilo de raciocinio implica una forma de acción.

En nuestro campo de interés, destaca la tensión que se presentara en el terreno de las filosofías de lo orgánico al resistirse al azar. Xavier Bichat definía dos clases de seres (orgánicos o inorgánicos), dos clases de propiedades (vitales o no vitales) y dos clases de ciencia (fisiológicas o físicas) en la naturaleza ya que *“Las leyes físicas son constantes, invariables”, pero “las leyes fisiológicas no lo son”*. Los fenómenos físicos *“pueden en consecuencia preverse, pronosticarse y calcularse. Calculamos la caída de un cuerpo pesado, el movimiento de los planetas, el curso de un río, la trayectoria de un proyectil, etc. Una vez hallada la regla sólo es necesario aplicarla a cada caso particular”*. Pero la vida orgánica *“es muy diferente”*: y todas las funciones vitales son susceptibles de numerosas variaciones. Frecuentemente se salen de su estado natural; desafían todo tipo de cálculos pues sería necesario disponer de tantas reglas diferentes como casos diferentes hay. Es imposible prever, predecir o calcular nada relativo a sus fenómenos; sólo tenemos aproximaciones y aun éstas son muy inciertas” (Hacking; 1991: 35/36)

El azar terminó triunfando, una vez derrotado el vitalismo, y también porque las personas como unidades orgánicas vivas pudieron ser susceptibles de la estadística al contabilizarse como átomos sociales sometidos a leyes sociales y también gracias a que el recuento dejó de ser secreto y para aficionados (Hacking; 1991: 36/37)<sup>16</sup>

Como punto de inflexión en la larga historia de siglos de la transformación de la Epidemiología en ciencia, las estadísticas sanitarias hacen su emergencia junto a la de los estados nacionales europeos. Ya no sólo ocupados de los impuestos y reclutamiento militar, sino también en cuantificar para conocer la fuerza de los estados, aparecen los análisis de nacimiento y mortalidad. Thomas Sydenham hacia finales del 1700 con el origen de lo que devendría luego en el sistema de clasificación internacional de enfermedades (López Moreno, et. al.; 2000: 136), el hallazgo de patrones en los reportes de muertes y sus causas de John Graunt hacia finales del 1600 (precursor de las tablas de vida) (Hacking; 1991: 105) sumado a los aportes de Petty por la misma época en la *“aritmética política”*, sentaron las bases no aún de la naturaleza de la enfermedad pero sí de las **técnicas de organización de esta información para la epidemiología** y dieron lugar a **“leyes de la enfermedad”**. La empresa de búsqueda de leyes de la

---

<sup>16</sup> El contraste que marca el autor entre el siglo XVIII y XIX es la estadística oficial oculta versus la pública, respectivamente (Hacking; 1991: 43).

enfermedad atravesó todo el siglo XIX, y la probabilidad en el campo hizo su inserción de forma “casi” natural...

En el período referido, como decíamos, las leyes de la enfermedad abrieron su camino, que consolidaron en el siglo XIX, pero no habían logrado por aquel entonces unificar criterios en la etiología o naturaleza de la enfermedad. Terreno que parecía ser el más difícil de quebrantar y en el que hoy día siguen intensos debates. Este es el campo de la causalidad. Siguiendo a Hacking (1991) sucedía que prácticamente nadie se había dado cuenta de que un nuevo razonamiento estaba consolidándose. Y la Medicina tampoco tomaba aún nota de ello. Uno de los primeros en aplicar el nuevo estilo en este campo fue Broussais al usar datos estadísticos para evaluar tratamientos. De hecho, se le atribuyó una “revolución médica” en 1850 por la localización de la enfermedad (algo exagerado para el autor, pero sí comprensible en tanto fervoroso vocero de dicho movimiento), es decir la fisiología médica. Pero luego P.A.C Louis utilizó las estadísticas para evaluar críticamente la terapéutica indicada por Broussais<sup>17</sup>, y otros tantos aportes que se le reconocen al punto tal que años más tarde la Sociedad Epidemiológica de Londres fundada en 1850 observa que: *“la estadística también nos ha proporcionado un medio nuevo y poderoso para **poner a prueba las verdades médicas**, y mediante los trabajos del preciso Louis hemos aprendido cómo puede ser utilizada apropiadamente para entender lo relativo a **las enfermedades epidémicas**”* (López Moreno; 2000: 137)

A pesar de todo, al entender de Hacking (1991), el uso que se hacía de la estadística en el campo era todavía de retórica, recién en el 1900 se introducirían nuevas técnicas para el uso serio de métodos estadísticos en la medicina experimental y la fisiología. Y el obstáculo no era técnico, sino por la concepción de los hechos médicos. Y volvemos aquí a uno de los nudos de la tensión en ese pasaje de la historia de la domesticación del azar. Sucede que *“en la medicina práctica, los hechos son de lejos demasiado pocos para que puedan ser objeto del cálculo de probabilidades” ¿No deberían haber recomendado entonces que se ampliara la base de datos? No, declararon nuestros árbitros, porque en la medicina aplicada siempre tenemos que vérmolas con el individuo”*. En la estadística hay que despojar de su individualidad al hombre, y en la medicina sucede lo contrario, no por una imposibilidad de agrandar el N, sino porque desde ese punto de vista esa operación requerida pierde sentido para el tratamiento del paciente en particular.

Esa tensión no es menor. Es la que se observa en el reciente derrotero de la Medicina Basada en la evidencia y en las tensiones presentes del uso del Big Data.

---

<sup>17</sup> Broussais fue tal vez el primero en ser sometido a un escarmiento estadístico (Hacking; 1991:129)

Por su supuesto no es la única, ni la más importante, ya que el problema de la causalidad no es de índole estadístico, sino ideológico. Con las concepciones de la teoría miasmática convivían liberales y marxistas (de hecho la obra de Engels se posa en la teoría dominante en su época). Con la historización ingenua de suceder evolutiva y linealmente a la teoría miasmática, aquella del germen, y los modelos de tríada ecológica, red causal, modelo histórico-social, modelo de cajas negras, modelo de cajas chinas o eco-epidemiología, acontece exactamente la misma operación de dilución de luchas reales en el campo<sup>18</sup>.

Pero detengámonos en la nueva-vieja tensión referida que vuelve a presentarse como farsa en la historia del saber médico.



### Medicina Basada en la evidencia y Big data

Antes de desarrollar estos conceptos primero situémoslo en el contexto de la gestión de gobierno en salud pública, que es nuestro interés.

Con un gran nivel de abstracción y cierta simplificación se pueden mencionar los niveles macro, meso y micro de la gestión sanitaria. En el nivel de la política sanitaria el Estado interviene para aumentar la equidad en salud y corregir “disfunciones del mercado” en pos de mejorar el estado de salud de la población (Ortún Rubio; 1999: 17). A menos, ciertamente, que Belocopitt se lo impida<sup>19</sup>. Aquí las **disciplinas de la “salud pública” articuladas por el método epidemiológico constituyen el soporte disciplinar de la macro gestión sanitaria**. Aunque el autor reduzca la epidemiología a una metodología, resalta que no es otra cosa que la adaptación del método científico a los problemas de

---

<sup>18</sup> Spinelli (2005) reseña como a partir del siglo XIX la cuantificación tiene un avance importante en la medicina y se consolida como sinónimo de cientificidad. La cuantificación deviene mito y los números son vistos como expresión de los éxitos de la medicina. Esto, acabó por estructurar respuestas totalizantes para problemas complejos, ignorando que hay cosas “muy difíciles” de medir. La abstracción llevó a la pérdida de singularidad.

Este proceso, como se advierte en este ensayo no es unívoco, destacan luchas ideológicas en el propio campo. En el marco de las revoluciones burguesas de 1848 surge el concepto-movimiento político de Medicina Social que sostiene que las condiciones sociales de la población juegan un papel sustancial en la determinación de las enfermedades, así como la obra de Engels por 1845. Salvando las distancias, la obra de Biale Massé (publicada en 1904) también pone en el tapete la dimensión social de los padecimientos (aunque el objetivo sea mitigar las tensiones sociales y contribuir al orden).

<sup>19</sup> Ver “Ganaron las prepagas: no hay por ahora nacionalización de la salud” (2 de Abril de 2020) Infonews. Disponible en: <https://www.infonews.com/salud/ganaron-las-prepagas-no-hay-ahora-nacionalizacion-la-salud-n338194> A diferencia de otros países donde se nacionalizaron efectores (**Por COVID-19 España nacionaliza los hospitales privados** ver: <http://www.elhospital.com/temas/Por-COVID-19-Espana-nacionaliza-los-hospitales-privados+133635>; Irlanda estatiza los hospitales privados para enfrentar el coronavirus ver: <https://www.pagina12.com.ar/255559-irlanda-estatiza-los-hospitales-privados-para-enfrentar-el-c>. Para una perla ideológica del empresariado de salud local ver: *Si Belocopitt no lee a (Keneth) Arrow no podrá hablar con Ginés*: <https://urgente24.com/medios/exclusivo-24/si-belocopitt-no-lee-arrow-no-podra-hablar-con-gines> y el eterno retorno de alertas de posibles recortes en el PMO: *Lanzan reforma del sistema de salud con poda en plan médico* (28 de Mayo de 2020) ámbito financiero. Ver: <https://www.ambito.com/politica/obras-sociales/lanzan-reforma-del-sistema-salud-poda-plan-medico-n5105671>

salud (a través de los conceptos riesgo relativo, exposición, riesgo atribuible poblacional, etc). Luego, en el nivel de la gestión del centro, ubica la coordinación de integrantes de los centros asistenciales, aseguradoras, mayoristas farmacéuticos apoyados en las ciencias de la gestión, el marketing y las finanzas. Finalmente, la microgestión es descrita como la gestión clínica cuyo objetivo es restaurar el estado de salud de los pacientes individuales o grupos de estos (ya sea por patología, procedimientos comunes, unidad de asistencia) asentado en la disciplina Médica.

Esta última esfera de la gestión se sustenta en fomentar la **escepticismo** al constatar variaciones en la práctica, arbitrarias en apariencia, preocupada por la efectividad, la magnitud del impacto sanitario y la adecuación a los servicios de salud. El último nivel se ve condicionado por el primero en la medida de la regulación de la oferta o por mercado (EEUU como ejemplo paroxístico), mientras que el intermedio, lo hace por lo que desde la política sanitaria se decide comprar; el nivel micro influye la gestión macro porque allí acontecen el 70% de la asignación de hecho de los recursos (al decidir determinado diagnóstico, tratamiento, etc); la gestión meso influye la macro desde las corporaciones, asociaciones, etc. Para Rubio la gestión sanitaria en el Estado debe desenvolverse con limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria, entre esas limitaciones menciona: la reacción paradójica del secretismo en los procesos decisorios producto de la visibilidad y transparencia (y que no tiene que ver necesariamente con razones de respeto por la confidencialidad de los datos) y la dificultad de establecer mecanismos por competencia por comparación (benchmarking).

La **MBE** por su parte, se definió como la **integración de la experiencia personal con la mejor demostración externa disponible y procedente de la investigación sistemática**. Supone, la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica (comprobada y verificada) disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de cada paciente. Es decir, **se centra en el beneficio individual**. ¿Cuáles son algunos de sus beneficios y limitaciones para la gestión pública? Entre los beneficios se marca su objetivo de integrar la experiencia clínica individual con la mayor evidencia externa (precedente de Revisiones Sistemáticas) de investigaciones clínicas, tiene en cuenta las preferencias del paciente, transforma las necesidades de investigación en preguntas de investigación contestables; evalúa la solidez de la evidencia con la respuesta a dichas preguntas; valora críticamente la validez (acercarse a la mayor veracidad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de la evidencia; eleva la autonomía individual del médico ante el juicio de las fuentes, enfatiza el principio bioético de beneficencia y no maleficencia. Entre las limitaciones destaca: la pérdida relativa del pensamiento fisiopatológico de la práctica clínica; minusvalora la experiencia, el instinto,



lo que la medicina tiene de arte y de oficio; falta de tiempo para revisar críticamente la evidencia que se acumula (sobre todo en la atención primaria); minusvalora las consecuencias de la MBE más allá de la práctica clínica: distribución de recursos, política sanitaria y gestión clínica; riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico; agrava la disputa entre gestores, economistas y médicos, etc.

El lema MBE no implica que la medicina previamente no contaba con evidencia, sino un creciente énfasis en la investigación de resultados (outcomes) con los objetivos de reducir incertidumbre (*al fin y al cabo, una vez más se está domesticando el azar*) explicar variaciones de la práctica aparentemente arbitrarias y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario. Su éxito se debe a factores previos: 1- la conciencia de las variaciones en la práctica médica (VPM entre países, áreas, grupos que propiciaron la escepticismo como quiebre en la creencia de la aplicación de tratamientos inequívocamente uniformes y adecuados) no explicable por perfiles de morbilidad, accesibilidad o preferencias (perfil de la demanda); 2- la preocupación creciente por la efectividad de la práctica médica en un contexto de desarrollo de innovación tecnológica de productos (el autor aclara que no acontece lo mismo en el ámbito de los procesos) con un correlato de impacto decreciente en la salud. El instrumental preventivo y terapéutico efectivo en la medicina data recién de las décadas 30 y 40 del siglo XX (a excepción de la vacuna de la viruela). La atención en la eficacia data de la segunda posguerra de la mano del Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), mientras que la efectividad es protagonista en los 80's bajo la marquesina de la Medicina Basada en la Evidencia. Esta, usa los métodos de la investigación clínica (ECA, estudios observacionales, etc) para valorar eficacia y efectividad de las prácticas. Las revisiones sistemáticas de la literatura y la gradación de la confianza en los resultados según los diseños constituyen al arsenal básico de la MBE. 3- políticas de ajuste (contención de costos) que desde una visión optimista (ingenua diría también) obliga a la restricción de procedimientos inefectivos (Guías de prácticas médicas basadas en evidencia) y desde una perspectiva pesimista las guías se centran en la reducción de costes afectando la autonomía profesional más allá de lo que sustente o no la evidencia<sup>20</sup>, y 4- mayor accesibilidad a la información (millones de ECA han sido realizados hasta hoy)

---

<sup>20</sup> Aquí se liga con otro debate sobre los gradientes del espectro de dotación o pérdida de la autonomía profesional, donde en EEUU la misma habría sido minada por la generalización de la Medicina Gestionada, mientras en Europa la libertad clínica sería mayor (Rubio; 1980: 22) El debate por la pérdida de autonomía profesional, procesos de racionalización, proletarianización de los profesionales de la salud es por demás vasto y fecundo, pero excede los límites del presente ensayo. (Ver: Gieco, A (Septiembre de 2011) Bata blanca, ¿cuello blanco?. ALAS. Recife. Brasil)

Entonces nos hallamos en los **bordes y tensiones entre la MBE de la perspectiva individual y la perspectiva social de la política sanitaria**. Esta última apunta hacia la eficiencia en términos de maximización del bienestar social, mientras que la eficiencia gestora (técnica y productiva: abordaje de un problema de salud al menor costo posible) es la pertinente al nivel de la gestión clínica y de organizaciones sanitarias. Asimismo, el enfoque clínico exige adaptación del conocimiento a las circunstancias de cada individuo, la investigación probabilística predice resultados, pero no determina acciones. Otra tensión (o no linealidad podríamos decir) viene dada porque el beneficio de la decisión diagnóstica (por método hipotético deductivo) se mide en términos de reducción de incertidumbre, la batería de pruebas sirve para situar las probabilidades entre 0 y 1 (cero: descartar una condición probable, uno: confirmación del diagnóstico). Entre 0 y 1 median múltiples elementos como la sensibilidad, especificidad, iatrogenia, entre otros. En la decisión terapéutica, el beneficio se mide en efectividad según varias dimensiones (cantidad y calidad de vida). Es decir que estas particularidades se tensionan entre la decisión clínica individual y la gestión. Otra ambigüedad viene dada por la influencia de la capacidad instalada en las decisiones como la hospitalización (es decir menor número de camas puede llevar a tratamientos ambulatorios y viceversa). Mucho se ha discutido acerca de la no necesidad de hospitalización y los efectos iatrogénicos de la internación, pero hoy al calor de una pandemia como el COVID (pero también ante recurrentes brotes de Bronquiolitis que se presentan con recurrencia “estacional”) con el requisito de gran número de camas para la terapéutica de sostén obligan a la revisión de estos preceptos (*herederos de la SGL*) en contextos determinados; así como vemos en cadena nacional a especialistas en infectología y virología dar cuenta de los ritmos de la curva y de la disponibilidad de recursos críticos en las UTIS con un reforzamiento del Modelo Médico Hegemónico biologicista y hospitalo-céntrico a la vez que se abandona todo enfoque centrado en la estrategia de atención primaria y salud comunitaria<sup>21</sup> aparentemente consensuada en un inestable equilibrio social político global en 1979 en la célebre Conferencia de Alma Ata.

**La política sanitaria y la práctica clínica tienen perspectivas distintas** (comunitario vs individual), cierta complementariedad pero enfrentamientos también. **Trasladar la**

---

<sup>21</sup> En una conferencia de finales de junio Mario Rovere problematiza la necesidad del enfoque comunitario y no la centralidad del hospital y la UTI, que es a donde se llega en todo caso cuando todo lo anterior ha fallado:

(junio 2020) (video de youtube) *Fundación Soberanía Sanitaria “Presentación III - “Pandemia. Debates desde el sur” (charla completa)”* Lunes 29 de junio de 2020. Visitada el 1 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JO-efquDdtQ&feature=youtu.be>

**lógica de la MBE para lograr la efectividad clínica al plano de la política tiene como correlato el riesgoso resultado de apoyarse en la MBE para reducir la oferta.**

El autor habla de ***ambigüedad inferencial de la evidencia***, donde podríamos decir que la avalancha de datos de la MBE empuja al momento de la “priorización” en salud pública (bajo el mantra malthusiano de escasez de recursos). Los determinantes de la incidencia de enfermedad en las poblaciones difieren de los determinantes de los casos individuales de la enfermedad; las clasificaciones de calidad de evidencia que se usan en la evaluación de tecnologías sanitarias tienen límites al momento de evaluar evidencias útiles para salud pública; finalmente, las evidencias deben conjugarse con las necesidades y valores de la población.

Si avanzamos en un paso más y nos preguntamos por **nuevas-viejas tensiones en relación con Big Data y uso de Inteligencia artificial en el campo**, el abanico de considerandos se abre aún más.

Así, en el escenario actual la **MBE tiene una nueva “amenaza” signada por el Big Data**, que se erige como una alternativa tentadora y poderosa, ya que representan dos enfoques para la producción de evidencia muy diferentes. La MBE prioriza el control del sesgo en la recolección de datos y en el análisis en pos de maximizar la validez interna. Por el contrario, los enfoques de Big Data, no implica protocolo alguno para la recopilación de datos, aun así, tienen como objetivo maximizar la precisión y la validez externa por la máxima de: *“más datos es mejor que buenos datos”*. En un artículo del 2014 titulado *“Big Data meets public health”* se presenta la novedad de grandes volúmenes de información pasibles de usarse en el campo médico proporcionando más información sobre causas y resultados de enfermedades, mejorando la predicción y prevención. Ilustra con el ejemplo del control del brote de cólera gracias a John Snow aun desconociendo el organismo actuante, al plantear un escenario utópico en el que Snow con el uso de Big Data podría haber “reducido la información del Sistema de Posicionamiento Global y los datos de prevalencia de la enfermedad, resolviendo el problema en cuestión de horas”. Dicha promesa trae consigo la afirmación de la obsolescencia del método científico, ya que las computadoras de la siguiente generación tamizan el mundo a través de modelos predictivos basados en información masiva. John Ioannidis propone separar la paja del trigo para la búsqueda del bienestar social, propuesta similar a la que arriba tras recorrer y derrumbar los pilares de la propia MBE en la conferencia del 2018<sup>22</sup> (Ioannidis; 2018)

---

<sup>22</sup> El autor refiere que a través de los años, muchas jerarquías de evidencia se han propuesto, encontrando así en la cúspide de la pirámide a las revisiones sistemáticas y los meta-análisis, seguidos por los ensayos clínicos controlados

Volviendo al análisis de la tensión BIG DATA y su uso en salud pública, en el 2013 el Big data aplicado a la influenza que asedió EEUU para John I. sobreestimó los resultados de la relación casos/búsquedas en internet en comparación con los sistemas tradicionales de Vigilancia Epidemiológica que se usan en salud pública, redundando en un *Big Error*. Las correlaciones espurias y las falacias ecológicas se incrementan a medida que se logran utilizar más cantidad de datos. La fortaleza de Big Data está en encontrar asociaciones, no en mostrar si estas asociaciones tienen significado. Encontrar una señal es solo el primer paso. Incluso John Snow necesitaba comenzar con una hipótesis plausible para saber dónde buscar, es decir, elegir qué datos examinar. Si todo lo que tenía era una gran cantidad de datos, bien podría haber terminado con una correlación tan espuria como la conexión entre las colonias de abeja

---

aleatorizados (ECA) y muy debajo casi en el extremo negativo de la evidencia, a aquella de los expertos. La medicina tradicional basada en la evidencia viene lidiando con ECA, pero también existen otros tipos de evidencia (la observacional, evidencia mecanicista, etc) que acumulan cientos de miles de millones de artículos en el desierto de la información a través de los que "el clínico" transita día a día y en el que el "científico" busca un oasis de descubrimiento. También discute que la evidencia es sub-óptima, ya que no basta para saber que aquello que se hace está haciendo más bien que mal, así como también los "conflictos de intereses" sesgan la evidencia. En los 90' la MBE sufrió fuertes críticas, pero sin embargo otra vez se ha echado mano bajo la nueva ola de "Medicina de la precisión" que no es otra cosa que una forma de estudio que para el autor se introdujeron en los 60', se obtuvieron los métodos básicos correctos en los 80' y floreció en los 90' para luego abandonarse 20 años atrás, hasta el acto de resucitación reciente. **¿Pero por qué se los abandonó hace 20 años?** Porque ya existían ciertas advertencias como por ejemplo que los estudios MBE no son buenos si la enfermedad no tiene una historia natural estable, si hay efectos de arrastre, si los efectos dependen de las ausencias de elecciones anteriores del paciente, o si ya han sido utilizado en el mismo paciente, si la enfermedad tiene desenlace corto porque no hay tiempo para probar múltiples opciones y elegir la mejor, o si hay pobres, o el cumplimiento es impredecible, o si hay problemas de adherencia, etc. En definitiva, **cuando se aplican a la vida real**. Actualmente la corriente enarbola la medicina o salud de la precisión (denominada de esas maneras en las casas de estudio de Michigan y Stanford) que pregona alrededor del paciente individual, lo cual es una *vuelta a las formulaciones de la década de los 90* del siglo XX. Así, mientras que un individuo en términos matemáticos es el otro extremo de la población, es 1/población, y por definición la medicina de la precisión tiene por objetivo tener el menor posible impacto negativo a nivel poblacional. Big Data por su parte, se presenta como el menor contenido de información posible por unidad. Menor es el contenido por unidad y mayor el Big data (porque de contar con más contenido, no serían necesarios grandes datos). Bradford Hill, uno de los padres de la epidemiología clínica, advirtió "estoy dispuesto a creer, si algo puede ser chequeado al reverso del sobre" (si cabe en una tabla tetracórica) caso contrario es demasiado complejo para un epidemiólogo, más aún para un profesional clínico en lo cotidiano. Entonces ¿Cómo hacer que estos opuestos se unan? La medicina de la precisión, es una forma de estudiar lo insignificante profundamente. La MBE al 2018 tiene acumulada gran cantidad de datos (a escala individual y poblacional), también interacción médico-paciente (en tensión por el tiempo disponible y la gran cantidad de datos para el médico) y también existe evidencia de los buenos resultados de la toma de decisiones compartida. Entonces si se pudieran conectar toda esa información, y ser compartida entre médicos y pacientes sería muy bueno para el autor. Pero entonces surge la pregunta por ¿qué tipo de evidencia se compartiría con los pacientes? A pesar del gran caudal de información, no siempre es de calidad y se han relevado 1400 temas de medicina de las revisiones sistemáticas de Cochrane y de ese total el 43% tenía un resumen GRADE de la evaluación de los hallazgos (el resto no tenía evidencia y por lo tanto, tampoco evaluación) y menos del 2% de los estudios tenían alta calidad de evidencia y resultados significativos. El problema para el autor es qué hacer con ese 98% dado que las herramientas para proseguir en esa incertidumbre se han vuelto obsoletas. **El autor concluye que la MBE tiene muchos problemas acumulados, las RS y MA revelaron problemas para la evidencia biomédica y constituyen herramientas de marketing; la medicina de la precisión tiene por objetivo uno de los pilares de la MBE: mejorar la salud de los individuos pero por definición es probable que tenga efectos mínimos en la esperanza de vida y otro tipo de resultados importantes en la población (así y todo, la integración entre evidencia de gran escala y los estudios de precisión podrían ser útiles para saber qué podemos aprender de ambos).** También debiera atemperarse la expectativa de reemplazar estudios aleatorizados por no aleatorizados. Los conflictos de interpretación debieran ser mínimos para ensayos con datos primarios, meta a análisis y líneas-guía (pautas), así como tender a la construcción prospectiva de la agenda de investigación podría convertirse en el GOLD STANDART para investigación clínica primaria a nivel individuo y población. **¿La medicina de precisión y big data ayudará a resolver estos problemas, o sólo les echará leña al fuego?** Pues la respuesta está por escribirse aún para John I., porque puede ir en dos sentidos: generar transparencia sin eludir los problemas identificados, o hacer la vista gorda y con más datos generar más errores en lugar de observaciones más útiles.

productoras de miel correlacionadas inversamente con los arrestos juveniles por marihuana (ejemplo irónico del autor). Crucialmente, Snow "hizo el experimento". Quitó el mango de la bomba de agua y redujo drásticamente la propagación del cólera, pasando de la correlación a la causalidad y la intervención efectiva.

Por ello, se deben adoptar críticamente los principios de la MBE para pasar de la validez clínica (confirmando relaciones robustas entre Big Data y la enfermedad) a la utilidad clínica (respondiendo las preguntas por el impacto en la salud).

Tensión que se resuelve con una buena base epidemiológica, de la que se está en su búsqueda aún tanto desde la encerrona biologicista-pragmática del MMH de la Enfermología Pública, como de las esperanzas idealistas de la Salud Colectiva crítica y Epidemiología Crítica que se debate entre *el ya no más* de UNASUR y *el todavía no* del giro decolonial.



## **Bloque II.**

Coyuntura y estructura del fenómeno COVID-19: o de cómo se enlazan la globalización en la era neoliberal con los fenómenos de salud-enfermedad a escala planetaria y en qué coordenadas estratégicas se sitúan los trabajadores de la salud.

Tras tomar algunos ejes de raíz histórica podemos procurar pasar de ese “ruido” de fondo en la actual coyuntura hacia la dilucidación de al menos algunos acordes.

Vimos cómo la Enfermología Pública en su matriz panamericanista se globalizó primero al lento ritmo de las rutas de navegación de los barcos llegando a la era de la globalización neoliberal de aceleración y despojo. También pudimos revisar cómo la historia de la delimitación científica de la Medicina, la epidemiología y la estadística configuraron hasta hoy aquello que se cristaliza en la investigación (vía Medicina Basada en la Evidencia y Big Data) en el complejo médico industrial farmacéutico y financiero alrededor de las tecnologías duras (que hoy nos pone en vilo frente a la(s) vacuna(s) y ECA, mientras se desestiman enfoques comunitarios por fuera del verticalismo técnico-científico-político del salubrismo estatal). Toda esta historización nos permite comprender críticamente el presente y ver cómo en todo caso la institucionalización del biologicismo positivista recargado por su eficacia pragmática se recupera cuando es conveniente, ya que a la hora de ver la biología podríamos enfocarnos en la naturaleza y en la dinámica entre esta y las poblaciones como lo hace el Historiador William Mc Neill en *Plagas y Pueblos*, donde claramente las conclusiones nos llevan a problematizar la relación histórica de los grupos humanos con los virus,

bacterias, agentes infecciosos, vectores, reservorios, etc, es decir que lo biológico está subsumido en las relaciones sociales<sup>23</sup>. Pero antes, repasemos los análisis de coyuntura a la fecha para luego integrar coyuntura y estructura.

A grandes rasgos, son tres los centros de gravedad en las miradas del fenómeno:

a) las **grandes causas** de este: trayendo la discusión de causalidad y modelos para comprender y accionar vs. lecturas ahistóricas y reduccionistas biológicas (con su propio recetario de intervenciones), así como también el debate “causalidad o correlación” (Gérvás;2020) en el terreno matemático. Asimismo, la crisis económica previa (Katz; 2020) y la relación metabólica destructiva con la naturaleza (Petrucelli; 2020 y Harvey; 2020; Wallace; 2020);

b) un copioso debate sobre el **abanico de tácticas de intervención de los Estados** haciendo uso de los datos. En este terreno intervienen modelos de *mitigación* o *supresión*, (Pueyo; 2020) modelo acuñado como el *Martillo y el Baile* (Pueyo; 2020), epítetos como “*medidas draconianas*”, “*talibanismo* sanitario” y “*tibias*”, el lugar del factor *tiempo* en todos ellos, la discutida “*inmunidad de rebaño*” (Hanage; 2020), las propuestas alternativas que van desde enfocarse en medidas higiénicas y confinamientos que respeten las libertades individuales (Gérvás;2020) hasta pedidos expresos de emulación de modelos asiáticos con el uso del Big data y el control social.

c) Finalmente, hallamos un grupo temático de objeciones en las **consecuencias** de las medidas estatales ante la pandemia en los órdenes de: la economía, el racismo, el fomento continuo del pánico social, las consecuencias en la salud mental de las poblaciones a largo plazo (Brooks; 2020), el pauperismo de grandes masas de la población (Wallace, Harvey, Tognoni; 2020), entre otras consecuencias de ese mundo post-pandemia que empieza a escribirse.

Obviando el falso debate entre “economía vs salud” (ya que por economía podríamos caer en la asimilación de la defensa de esta como defensa del lucro, y la defensa de la salud como la salud de todos por igual) en cuanto a las **causas del fenómeno COVID-19** las lecturas multidimensionales recuperaran la crisis entre naturaleza y sociedad. Los límites naturales de la acumulación ilimitada de capital ante cada “zoonosis” (como humanidad habríamos tenido nuestros *spoilers alerts* en la enfermedad de “las vacas locas”, las pandemias<sup>24</sup> de SARS en 2002/3, HIV-SIDA desde 1981, gripe porcina entre 2009 y 2010, gripe aviar 2004/5 y el ébola entre 2014 y 2016, entre otras) ponen de

---

<sup>23</sup> En el sentido marxista del término.

<sup>24</sup> History of pandemics: <https://2oqz471sa19h3vbwa53m33yj-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/03/DeadliestPandemics-Infographic-61-May27.jpg>

manifiesto los efectos de diversos procesos antrópicos como la contaminación y el calentamiento global, el traslado del método industrial para la producción de ganado y aves de corral, el corrimiento de las fronteras agrícolas, el extractivismo minero y forestal, los consumos de plásticos y otros elementos no biodegradables, así como las urbanizaciones no planificadas, la superpoblación, las migraciones, guerras, etc (Katz; 2020, Petrucelli; 2020 y Wallace; 2020, que trae la visión de “Una Salud Estructural” en lugar del enfoque epidemiológico “Una Salud”). Estos procesos, junto a otros más estrictamente sociales como la financierización, permiten comprender las causas profundas del COVID-19 y no recaer en análisis superficiales de coyuntura que aceptan como **hechos naturales o teológicos: por una parte la desgracia imprevista o calamidad inevitable del virus, así como de otra parte, la inevitable continuidad del sistema capitalista y la propiedad privada**. Siendo estos preceptos los que están detrás de la inmensa mayoría de los análisis. Nacionalizar el sistema de salud y la producción de tecnología hospitalaria, tener una política de control del COVID-19 a partir de una ofensiva de testeo y aislamiento (en lugar de acuarantear sanos), así como establecer una renta universal ciudadana y avanzar en la planificación centralizada de la economía sale de la falsa dicotomía *economía vs salud* en la que los análisis de coyuntura, la curva y la avalancha de datos caen.

Esto lleva al segundo bloque, el análisis de las tácticas o de las **Políticas Sanitarias**. Petrucelli avanza contra las lecturas que ante las mismas o similares medidas son apoyadas o rechazadas según el signo político de implementación, además de colocar esto dentro del fenómeno en sí de la *infodemia*. Con un trabajo de cotejo empírico, el autor desanda el sentido común reificado sobre intervenciones más duras igual a mejores resultados en el control del COVID-19. Toma las diferencias regionales con tasas de mortalidad por millón de habitantes entre África e India, Europa occidental, EEUU y Canadá, Europa Oriental, América Latina y Asia oriental y las compara según las medidas estatales realizadas. Su tesis es que las acciones coyunturales vienen en todo caso a paliar o empeorar cuestiones estructurales pre-existentes. En esa línea están los análisis de Harvey dentro del mismo espectro marxista y también del sanitarista y Epidemiólogo Comunitario Gianni Tognoni, de raíz humanista-kantiana. El médico y filósofo italiano Gianni Tognoni cuando la pandemia no había llegado a estas latitudes esbozaba algunos ejes de lectura del fenómeno de coyuntura. En una entrevista (24 de Marzo de 2020) consideraba al evento similar por su extensión y gravedad al sucedido en la primera guerra mundial, claro que actualmente inmerso en condiciones muy diferentes ante un mundo conectado que torna impredecible las modalidades locales de desarrollo. En parte esto lo atribuye en su análisis al hecho de

que no es posible tomar real dimensión de la magnitudes y comportamientos a escalas locales ya que los centros que centralizan datos como la Universidad de Hopkins, la Organización Mundial de la Salud, entre otros, no contemplan las estructuras etarias de las poblaciones, condiciones mórbidas de la población, las historias de los sistemas de salud nacionales y comparan poblaciones que no son comparables (China, Corea del Sur, Italia, América Latina). Recupera la experiencia de Corea del Sur donde la política del régimen de control de la población asentada en los pilares de la Inteligencia Artificial y Big Data contó con cada itinerario y rutina de viajes, trayectorias, contactos reconstruyendo permanentemente y casi en tiempo real los “contactos estrechos” de los “casos”. Escéptico declarado de la unicidad de estos fenómenos, y en cambio acérrimo defensor de las políticas centradas en las comunidades, ya que por ejemplo detrás de las intervenciones relativas al quedarse en los domicilios, en Italia, más de 7 millones de trabajadores continuaron produciendo con miedo y rabia. Es decir, el sanitarista explora las contradicciones y otras dimensiones detrás de las tasas y números, ya que por ejemplo el patrón de contaminación del Norte de Italia con años de exposición a agentes que dañan el sistema respiratorio coincide con la gravedad de los casos en la región. Otra de las dimensiones que toma es que el sistema de salud italiano si bien tiene fortalezas dadas por ser un sistema único, este fue fuertemente desfinanciado con recortes de billones de euros y ya se encontraba previamente a la pandemia funcionando al 90% de su capacidad. Extiende este análisis a España donde por ejemplo las camas de las UTI representan menos de la mitad de las camas con las que contara Alemania. También discute con los economistas liberales que plantean algoritmos al servicio de la expansión de negocios capitalistas, donde el Banco Central Europeo juega con billones de euros para respaldar a los Bancos y Negocios y no a la población, mientras observa otra contradicción por la que en contextos donde el trabajo informal abunda, la indicación “quédate en casa” equivale sin más a un asesinato. Sin dejar además de visibilizar los millones de refugiados en campos de concentración en Grecia y Turquía, sobre los que parece no encajar la consigna de auto confinamiento domiciliario. Detrás de las cifras y las curvas, **Tognoni observa que en definitiva lo que pareciera “aceptarse” de fondo es un genocidio por goteo** (parafraseando a Zafaroni) que realmente es cotidiano, y sobre esto se asienta el fenómeno COVID-19.

Lo mismo podía observarse en los primeros análisis que realizara J. Ioannidis, el mismo autor que recuperé líneas arriba (sólo que sus análisis de principios de Marzo en soporte audiovisual ya no está disponible), en el que relativizaba las nociones de “magnitud” comparables ya que numeradores y denominadores eran filtrados por cada construcción del dato en cada Estado/región.



Ahora bien, *la matemática no es profecía* (Stevens; 2020), tal como vimos en todo el gran primer bloque del presente escrito y la Política define decisivamente. Cuando decimos *la política* nos referimos a un conjunto de dimensiones que juegan en lo agencial, pero no como algo puramente subjetivo (una reducción de este calibre podría emparentar las alabanzas al confinamiento con la conspiracionista versión agencial de Trump y la creación en los laboratorios chinos del agente infeccioso como esboza Petrucelli). Si lo miramos como conjunto de dimensiones podemos matizar el análisis de las tácticas de control con la lectura de la ancianidad, pero matizada por las condiciones de salud y de habitabilidad (no es lo mismo la ancianidad con vidas longevas por nutrición saludable en Japón, que vidas longevas por la farmacopea como en Europa, ni es lo mismo el hacinamiento en los geriátricos y sus condiciones más o menos subordinadas a la lógica empresarial, que a las lógicas del cuidado). También la geografía juega un rol importante por los extremos en el gradiente de implicación total o relativo aislamiento de los grandes circuitos internacionales de comercialización, turismo, tráfico Aéreo, puertos, etc. (de un polo Australia, Nueva Zelanda, Bolivia, etc. y del otro norte de Italia, España, París, Londres, Nueva York, etc.). También la mediatización de la historia de los sistemas de salud como refiere Tognoni. Países donde más brutalmente se aplicaron recortes en salud pública como Italia y EEUU, países con grandes dotaciones de recursos tecnológicos médicos (Asia Oriental). David Harvey por su parte sanciona que ***“cuarenta años de neoliberalismo han dejado lo público totalmente expuesto y mal preparado para enfrentar una crisis de salud pública en la escala del coronavirus”*** (Harvey; 2020).

La densidad demográfica y el hacinamiento urbano, visibles en Guayaquil, San Pablo, Montreal, Nueva York y Buenos Aires (sobre todo más palpable en la situación reciente que viven los barrios vulnerables de CABA y PBA). En cuanto el factor climático, algunos lo consideran con peso propio, otros lo subordinan a otros fenómenos, así como la cultura y la genética (sobre la cultura destaca la lectura extremo culturalista de Byun-Chul Han y sobre la genética y la inmunidad hay teorías que exploran la relativa fortaleza en países del Tercer mundo y exsoviéticos por la continuidad de la vacuna BCG en los calendarios obligatorios – Petrucelli; 2020-).

El tiempo es algo que pareciera emparentar a todos los análisis. En aquellos que se apoyan en los modelos predictivos resulta destacable (Pueyo; 2020) y en las lecturas críticas (Petrucelli; 2020) incluso la prontitud de las medidas como en Argentina se reconocen como elementos parcialmente explicativos de los relativos mejores resultados. De todos modos la temporalidad también es “lineal”, ya que al 20 de agosto, en la estela del martillo sobre el curso de aperturas escaladas, ante cada nuevo episodio

de crecimiento de casos vuelven a surgir debates en torno al “martillo” y “la danza” pero no todos bailamos la misma pieza, con la misma canción, ni mucho menos con la misma duración.

Finalmente, existe una discusión profusa sobre las **consecuencias**. Algunos más de vertiente liberal a secas que pregonan una relajación de las medidas para dejar que fluya el capital (similar al leiv motiv de EEUU para sanear puertos en el siglo XIX en la región latinoamericana y al objetivo de la política internacional de salud en las últimas décadas como hemos repasado en este escrito), otros exigiendo una suerte de sintonía fina por sector y quienes abonan por la socialización total de la economía como solución sustentable. Tomaré brevemente una de las consecuencias, íntimamente relacionada con el apartado b). El uso del Big data y el control social.

No resultan una novedad, los procesos para cuantificar y vigilar las sociedades de masas. Podemos trazar una continuidad entre los clásicos análisis de la biopolítica de Foucault y reconocer fotos de la realidad actual en diálogos de un film/obra como 1984 (de 1956):

*“Eso es lo que hace el Gran Hermano, nos hace odiarnos y temernos”.*

¿Acaso no resuena este diálogo con el imperativo de autopratillaje expuesto en los números de teléfono para denunciar-nos? Esa utopía negativa ubicada lejana pero cercana por Orwell lo suficiente para expresar temores contemporáneos según analizara Umberto Eco (2014: 9). Como entonces, y como en cada lectura posible, más allá de las diferencias ideológicas, el totalitarismo en la sociedad de masas es el tema en cuestión. De la misma forma, se recicla en sentimiento ante el Big Data, la Inteligencia Artificial y las aplicaciones implicadas en el control de la pandemia. Una síntesis del trabajo del estadístico argentino Escudero en su “Big Data” publicado en 2019, enuncia las contradicciones del uso de una *“copiosa cantidad de datos producidos espontáneamente por la interacción con dispositivos interconectados”* (Big Data) y la aplicación de algoritmos: *secuencia de pasos lógicos que permiten solucionar un problema* (aprendizaje automático) (Occhiuzzi; 2020). Como el autor lo define se trata de la suma de la matemática y la inteligencia artificial, ya que por primera vez esta deja de ser una disciplina auxiliar con el rol de estimar lo que otras disciplinas proponen y pasa a asumir la tarea de construirlos, evaluarlos y rediseñarlos. ¿No es acaso esa tensión que observamos en el surgimiento de la Epidemiología y la Medicina como disciplinas modernas en su matrimonio con la estadística? ¿o entre la epidemiología poblacional y la epidemiología clínica? ¿O no es también acaso la tensión entre la Medicina Basada en la Evidencia y el uso del Big Data? Viejas tensiones que reflejan

subsunciones. En esta nueva era de conocimiento la matemática lograría su emancipación total.

Ahora bien, volviendo a los usos, esto se halla en la intersección de la tecnología y lo social y esto ya fue puesto a prueba en la epidemia del 2009. Para cualquier brote (pongámosle un chanco asado mal cocinado que origina una E.T.A o un cumpleaños de quince en Epuén con repentinias y múltiples muertes en la pequeña comarca) o epidemia, el *lei motiv* siempre es encontrar la fuente de transmisión y controlarla apoyándose en la vigilancia epidemiológica y mecanismos más o menos empíricos incluso antes de las comprobaciones laboratoriales<sup>25</sup> de interrupción de la cadena de transmisión. En aquel caso el *Google Flu Trends* con algoritmos estableció predicciones sobre la intensidad de la Gripe A a partir de búsquedas en Internet con mejores y más veloces resultados que el sistema nacional de vigilancia yankee con la renombrada C.D.C (recordemos las tres V. del Big data: velocidad, volumen y variedad). Ya repasamos las objeciones en este punto por parte de Lonidid. Entre las contradicciones, se señala la “maldición de dimensionalidad” y las “falacias de datos” así como los resquemores éticos (condena moral del hecho conocido de Facebook y Cambridge Analytica en las campañas de Trump y Bolsonaro) y/o económicos (el uso del Big Data para reproducir el status quo o no).

No falta quien saluda el uso de esta tecnología para la búsqueda de los contactos estrechos en pos de reconstruir esa cadena de transmisión, así como tampoco quienes alertan sobre sus consecuencias.

### **Conclusión**

Luego de preguntarnos por capas geológicas histórico-políticas que hoy sustentan y legitiman el recurrente discurso en torno a “la curva” y su achatamiento, siguiendo a Hacking vemos modelos de pensamiento<sup>26</sup> que intervienen para “domesticar el azar”.

De un polo, una lectura crítica, histórica, que tiene presente las múltiples determinaciones sociales, donde hallamos desde neokantianos como Tognoni hasta marxistas como Harvey. Nos alerta sobre la falsa dicotomía salud/economía ya que las contradicciones principales están en el modelo de producción y distribución y la

---

<sup>25</sup> Así como John Snow controló el brote de cólera sin conocer el agente de transmisión o como en Venecia en el 1300 se aplicaba la cuarentena sin conocer las etiologías.

<sup>26</sup> Retomando a Crombie Hacking sintetiza (1991: 24) modos de pensamiento constantes tales como: a) la simple postulación y deducción en la ciencia matemática, b) la investigación experimental, c) la construcción hipotética de modelos por analogía, d) el ordenamiento de la variedad mediante la comparación y la taxonomía, e) el análisis estadístico de regularidades de las poblaciones y f) la derivación histórica del desarrollo genético.

geopolítica, con históricos desfinanciamientos de los sistemas de salud o sistemas de respuesta de la “*enfermología publica*” que no se propuso nunca el real control de las enfermedades (porque tal empresa supondría subvertir un orden social que las produce), sino tan sólo su “control” en tanto obstaculizara/a los flujos comerciales. Política que, vía su instrumento RSI, considero está en crisis a todas luces<sup>27</sup>. De la otra vereda, rastreamos aquel tipo de conocimiento de tipo matemático, del reino de probabilidades y la estadística, la curva normal, los promedios, en sus acepciones taxonómicas (Linneo), y experimental, al punto que no sólo modela hipotéticamente y se vale de la experimentación, sino que la propia experimentación “de laboratorio” no sólo mide sino que **produce fenómenos artificialmente**, tal como la Medicina Basada en la Evidencia, el Big Data y tal vez el propio Covid-19, al mirarlo como fenómeno en sí desde la Historia Natural de la Enfermedad, haciendo una extirpación quirúrgica de la realidad social compleja sobre la que se asienta el fenómeno.

El modelo de la curva, contagionista, tiene como centro de gravedad la intervención sobre los efectos del “agente patógeno”. Tiene un sentido epidemiológico, pero no se agota allí. Desde los orígenes históricos que hemos trazado, y en el fenómeno de coyuntura se observa que la respuesta de los Estados varía en sus configuraciones concretas, pero tienen la matriz compartida por la cual no se interviene sobre las causas, sino sobre algunas de las consecuencias. La mercantilización de la salud, proceso de larga data, lleva a una carrera rentable por aislar, producir vacunas y tratamientos, pero no se interviene en condiciones de la relación depredatoria de la naturaleza ni en las causas de los perfiles de morbilidad y exposición producto de la desigualdad social. La respuesta puede variar en los grados y destinatarios de políticas de represión y control, apoyado también en el auto-patrullaje para fracturar la comunidad.

Menéndez (2005) analiza como **el Estado asume “lo social” excluido por la biomedicina y en ese acto evita que el Sector Salud reconozca su papel en el p-s-e**. Esto se expresa en la política salubrista y el Estado maneja así concesiones y rechazos por encima de las clases y grupos sociales a través de coerción y hegemonía<sup>28</sup>. La **epidemiología por su parte va más allá llegando a biologizar los indicadores de estratificación social** (2005:15/16). El siglo XX estuvo signado por el

---

<sup>27</sup> Lectura coincidente con la de Cueto Rua: Ver <https://elpais.com/ciencia/2020-03-27/la-covid-19-y-las-epidemias-del-neoliberalismo.html>

<sup>28</sup> De hecho la pretendida política cuidadora de los trabajadores de la salud, a saber, el Plan nacional de cuidado de trabajadores y trabajadoras de la salud-Marco de implementación Pandemia COVID-19” **Resolución 987/2020 (del 8 de junio de 2020)** <https://cadime.com.ar/resolucion-987-2020-plan-nacional-de-cuidado-de-trabajadores-y-trabajadoras-de-la-salud-marco-de-implementacion-pandemia-covid-19/> no es más que una expresión de sistema de desprotección del mentado listado de enfermedades profesionales y el privatizado y reprivatizado sistema de riesgos del trabajo argentino.

creciente rol del sector salud como sector de Estado y los desarrollos de las industrias de salud y enfermedad y químico-farmacéutica. Industrias que expresan los productos diseñados por la investigación biomédica alejada de la clínica (subsumida a la actividad farmacológica) (2005: 21)

Hablemos de la nueva panacea. Ante los rebrotes y la prolongación por meses y años, la vacuna se erige como remedio definitivo. Asa Cristina Laurell (2020) apunta al paradigma explicativo de la epidemia y la ubicación de las vacunas en el terreno mercantil de la industria farmacéutica en una lucha económica y geopolítica por quién lanza primero esta mercancía al mercado. Si el paradigma biomédico dominante concibe causa Sars-COV-2 (virus) = efecto COVID-19 (enfermedad) y su gravedad a partir de condiciones biológicas de las personas (edad y comorbilidades) las medidas consecuentes apuntan a separar las personas (distanciamiento social) y aumentar defensa inmunológica por medio de vacunas (incluso la inmunidad de rebaño también se asienta en la idea biológica de aumentar inmunidad). Las evidencias acerca de que la población pobre urbana del mundo se enferma y muere más, y la población envejecida de países ricos muere más por las precarias condiciones de asilos no tuerce la balanza en la acelerada búsqueda de la vacuna por parte de una industria que se ha concentrado (fiel a las tendencias del capital) y donde se socializan las pérdidas y privatizan los beneficios (pérdida de producción pública y liberación de pago de indemnizaciones por efectos negativos de las vacunas). Beneficios que tendrán una triple forma: subsidios gubernamentales (directo-coinversión-compra anticipada), especulación y timba del mercado financiero y el precio de un producto de patente.

Recuperando un exponente de la tradición de la Medicina Social Latinoamericana Jaime Breihl advierte que la burbuja cartesiana del positivismo en medicina con la vacancia en el enfoque de la determinación no hace sino brindar una suerte de “ilusión de conocimiento”. Tampoco por ello caeremos en el socratismo fenomenológico de rechazar grandes teorías. Mientras tanto hemos recuperado algunos ejes del itinerario de la producción de conocimiento, información y legitimidades estatales y disciplinares en torno a la curva.

En definitiva, si pensamos la particularidad de esta era de aceleración y despojo del capital, por un período histórico de 40 años (Harvey), es decir que supera el período de entreguerras (1914-1945) y los 30 gloriosos (1945-1975)<sup>29</sup> y recuperando las conclusiones de Mc Neill en tanto el papel ecológico de la humanidad en su relación con todas las formas de vida (1976: 21), asistimos a una nueva era que en términos de la a

---

<sup>29</sup> Aportes del Dr. Hernán González Bollo al presente ensayo.

exposición a las Pandemias nos coloca en una suerte de falla inmunitaria a toda la humanidad y a los trabajadores en particular.

¿Por qué es central este recorrido estructural, histórico para pensar(nos) a lxs trabajadores de la salud? Porque se trata de un colectivo que en la pelea por las condiciones de trabajo está inevitablemente posicionado en un sector bisagra entre la comunidad y la orientación de la política sanitaria. Al estar en esa posición tiene dos caminos. O la enajenación a niveles paroxísticos, sumada a la que ya experimenta<sup>30</sup> por su lugar en el proceso de eficacia pragmática para la reproducción de la Enfermología pública asistencial que vela las reales determinaciones de los perfiles de enfermar, morir y recuperarse; o, caso contrario, la ruptura con esa forma de intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de la salud de la mano de las comunidades y organizaciones de trabajadores y movimientos sociales que vienen denunciando fragmentariamente la crisis ecológica, sanitaria y civilizatoria en la que nos encontramos.

La Enfermología pública nos lleva a la encerrona de discutir tácticas como ASPO/DISPO, y tener siempre presente esa racionalidad cuantitativista centrada en el número de camas, la cantidad de respiradores, etc. Pero para que incluso esas tecnologías duras (Merhy) funcionen, necesitan del capital variable o tecnología blanda que crecientemente se enferma y se muere. Trabajadores de las terapias, trabajadores de limpieza, de las guardias, equipos de los operativos de detección “comunitaria” trabajando 12 horas al día, personal contratado en contingencia con 3 o más meses sin salario, con equipos de protección personal con los que no pueden comer o ir al baño.

Llamados esenciales pero a la vez negados como categoría histórica fundamental para poder subvertir las condiciones que determinan la emergencia de este tipo de padecimientos que ponen en jaque la supuesta normalidad que se habría perdido y que se supondría cabría recuperar.

Estamos ante una crisis sin precedentes y donde el acento de los rasgos de dominación por sobre los de consenso en el modelo de comprender e intervenir sobre los padecimientos no puede seguir refugiado en los ámbitos académicos para volver a adolecer de lo que ya mostró el límite para las corrientes de la Medicina Social Latinoamérica, la Salud colectiva y la Epidemiología Crítica, es decir signadas por las derrotas epocales<sup>31</sup>. La organización de los trabajadores de la salud no puede solo

---

<sup>30</sup> Gieco, A. (2012). La insoportable pesadez del ser...profesional de la salud. Alienación en los trabajadores de la salud pública. *Ideação*, 14(1), 125-153. Disponible en: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/6137>

<sup>31</sup> Hay una discusión en torno a la categoría “marxismo occidental” de Perry Anderson que durante un tiempo creí aplicaba a estas corrientes. Sin embargo, hoy día considero que estas corrientes están en todo

liberarse de las formas más o menos opresivas y perjudiciales para su propia salud, si no es en la perspectiva de emancipación de la humanidad de la lógica voraz y destructiva del capital.

### **Bibliografía**

Basile, Gonzalo (2018): La Salud Internacional Sur-Sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico. Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria – CLACSO: II Dossiers Salud Internacional Sur Sur. CLACSO. De la Comarca Ediciones, La Plata (Bs. As.) Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II\\_DOSSIERS\\_DE\\_SALUD\\_INT\\_SUR\\_SUR\\_GT2019.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf)

Birn, Anne-Emanuelle (2011) Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. Rev Panam Salud Publica;30(2) 101-105, agosto 2011. Retrieved from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892011000800002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000800002)  
Bourdieu, Pierre (2014): Sobre el Estado. Cursos en el Collège de France (1989-1992). Barcelona: Anagrama.

Braverman, Harry (1980) Trabajo y capital monopolista. México: Ed. Nuestro Tiempo.

Breilh, J. (2015). Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. Revista Brasileira de Epidemiologia, 18, 972-982. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18n4/972-982/es/>

Castiel, Luis David y Conte Póvoa, Eduardo (2001): Dr. Sackett & Mr. Sacketeer"... Encanto y desencanto en el reino de la expertise en Medicina Basada en Evidencia. Cuadernos médico sociales N° 80 (pp. 37/49).

Daniel, Claudia. Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940. *História, Ciências, Saúde – Manquinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.89-114.

De Almeida Filho, Naomar (1991) La clínica, la Epidemiología y la Epidemiología Clínica, Cuadernos Médico Sociales N° 67, CESS, Rosario. Pp 34/45.

Derber, Charles (1983) Managing Professionals: Ideological Proletarianization and Post-Industrial Labor. *Theory and Society*, Vol. 12, No. 3 (May, 1983), pp. 309-341 Published by: SpringerStable URL: <http://www.jstor.org/stable/657441>. Accessed: 22/06/2014 07:22

---

caso signadas por las múltiples derrotas en la larga historia neoliberal, y sucede como se observa en la historia del marxismo que, ante cada derrota, se modela la teoría. En estos casos sí observo el corrimiento de la categoría central trabajo y del sujeto, así como en el plano de las relaciones internacionales entre los estados hay un desplazamiento de la caracterización del Imperialismo hacia enunciados poco claros en términos político-estratégicos como "norte global". Tampoco observo planteos para hegemonizar todos los llamados sectores subalternos en una suerte de ampliación del viejo "non delega" obrero italiano, del cual se nutrieron muchos autores latinoamericanos en el campo de la salud. Esta es la principal debilidad de la Epidemiología Crítica y la Salud Colectiva.

Desrosières, Alain (2004: 219-230), La política de los grandes números. Historia de la razón estadística, Barcelona, Melusina.

.....(2002), "El administrador y el científico: las transformaciones de la profesión estadística", en Arribas, José M. y Marc Barbut (coordinadores), Estadística y sociedad, Valencia, UNED: 133-158.

..... (2011) Las palabras y los números, Para una sociología de la argumentación estadística apuntes DE INVESTIGACIÓN DEL CECYP ISSN 0329-2142 Año XIV, Nº 19 enero - junio 2011, pp. 75-101.

Donaire, Ricardo (2012) Docentes en el Siglo XXI: empobrecidos o proletarizados. Bs As. Siglo XXI editores.

Eco, Umberto (2014 [1984]: 9-17), "Orwell, o la energía visionaria", George Orwell (2014 [1949]), 1984, Buenos Aires, Lumen.

Foucault, Michel (2007) Seguridad, Territorio y Población: curso en el Collège de France: 1977-1978- 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

..... (1978) Medicina e Historia. El pensamiento de Michael Foucault. IRIS PAHO. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/10077.pdf>

García, Juan César (1981): La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930) Parte I. Revista Latinoamericana de Salud, Nº 1, México.

..... (1982): La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930) Parte II. Revista Latinoamericana de Salud, Nº 2, México.

Gieco, A. (2012). LA INSOPORTABLE PESADEZ DEL SER...PROFESIONAL DE LA SALUD. ALIENACIÓN EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA. *Ideação*, 14(1), 125-153. Recuperado de <http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/6137>

Gonzalez Leandri, Ricardo. Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850-1910- 125-158, en: Mariano BEN Plotkin (2012) Los saberes del Estado, Bs As, Edhasa

Hayward, Richard (1956) Comparación entre Medicina antigua y moderna, en: Historia de la Medicina, Fondo de Cultura Económica. (pp19/25)

Hacking, Ian (1991) La domesticación del azar. Ed. Gedisa, Barcelona, España.

Ioannidis, John P. A (2018). Conferencia del 19 de Abril de 2019 del Profesor de medicina, de investigación y política de salud, ciencia biomédica y estadísticas de la Universidad de Stanford. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KxXo1KZRlw4> Visitado 24 de 03 de 2020.

Khoury, M. J., & Ioannidis, J. P. (2014). Medicine. Big data meets public health. *Science (New York, N. Y.)*, 346(6213), 1054–1055. <https://doi.org/10.1126/science.aaa2709>

López Moreno, et. Al. (marzo- abril 2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Revista Salud pública, México. Vol Nº42, Nº 2.



Manzano, F. et. al (12 agosto 2020) ¿Qué sabemos sobre las enfermedades infecciosas? Una revisión de la transición epidemiológica ante la crisis por COVID-19. [https://www.researchgate.net/publication/343609753\\_Que\\_sabemos\\_sobre\\_las\\_enfermedades\\_infecciosas\\_Una\\_revision\\_de\\_la\\_transicion\\_epidemiologica\\_ante\\_la\\_crisis\\_por\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/343609753_Que_sabemos_sobre_las_enfermedades_infecciosas_Una_revision_de_la_transicion_epidemiologica_ante_la_crisis_por_COVID-19)

McKinlay, John B. (1988), Introduction. Source: The Milbank Quarterly, Vol. 66, Supplement 2: The Changing Character of the Medical Profession (1988), pp. 1-9. Published by: Blackwell Publishing on behalf of Milbank Memorial Fund Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3349911>. Accessed: 12/04/2011 12:01

Occhiuzzi, Javier (2020) Big data, pandemia y apps. LID. Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.com/Big-Data-pandemia-y-apps>

Ortún Rubio, Vicente (1999) Medicina Basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones (para la gestión sanitaria). Cuadernos médico sociales nº 80 (pp. 17/35)

Spinelli, Hugo (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva [en línea]. 2010, 6(3), 275-293[fecha de Consulta 5 de Mayo de 2020]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>

..... (2005) Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MC, Coimbra C. (org.). Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 315-332.

Vera Bolaños, Marta. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población*, 6(25), 179-206. Recuperado en 05 de mayo de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252000000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252000000300009&lng=es&tlng=es).

William H. McNeill (1976 1ed, 1984) Plagas y pueblos. Siglo XXI, Madrid, España.

1984. (1956) Film (video de youtube). *1984 George Orwell - Full Movie - Hollywood best Greatest blockbuster movie Film*. (29 de Junio de 2013). Visitada en Marzo de 2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=fCZBnUt6rZ0>

### **Bibliografía sobre COVID-19**

Aleta, A et. al. (10 de Marzo de 2020) Evaluation of the potential incidence of COVID-19 and effectiveness of contention measures in Spain: a data-driven approach. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.03.01.20029801>. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.01.20029801v2> Visitado en Marzo de 2020

Anderson R (21 de Marzo de 2020) How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. The Lancet. Comment| [VOLUME 395, ISSUE 10228](#), P931-934, MARCH 21, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)

Asa Cristina Laurell (13 de agosto de 2020) Vacunas para la salud o para la ganancia. La Jornada. México. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/08/13/opinion/a03a1cie> Visitado el día 17/8/2020

Brooks, Samantha K et. Al. (14 de marzo 2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, Rapid Review| [VOLUME](#)

395, ISSUE 10227, P912-920, MARCH 14, 2020. DOI: DOI:  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8) Visitada el 20 de Marzo de 2020.

Chaina, Patricia (17 de agosto de 2020) Coronavirus en Argentina: dos muertes por día en el personal de salud. Pagina 12. Disponible en:  
<https://www.pagina12.com.ar/285549-coronavirus-en-argentina-dos-muertes-por-dia-en-el-personal-> Visitada el día 17/8/2020

Conferencia (junio 2020) (*video de youtube*) Fundación Soberanía Sanitaria "Presentación III - Pandemia. Debates desde el sur" (charla completa)" Lunes 29 de junio de 2020. Visitada el 1 de julio de 2020. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=JO-efquDdtQ&feature=youtu.be>

Davis, Mike (14 de Marzo de 2020) Mike Davis on Coronavirus: "In a Plague Year". Jacobin. EEUU. Disponible en: <https://jacobinmag.com/2020/03/mike-davis-coronavirus-outbreak-capitalism-left-international-solidarity> Visitado en Mayo de 2020

Entrevista a Esteban Magnani (2020). Big Data y control social [Audio podcast]. Cultura y Pandemia. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=2&v=sgFvDAE1FM&feature=emb\\_log\\_o](https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=sgFvDAE1FM&feature=emb_log_o)

Entrevista a Natalia Zuazo (2020). Internet, dueños, trabajadores y control social. [Audio podcast]. Cultura y Pandemia. Recuperado de: <https://open.spotify.com/episode/46vrd2IFT1jix8HhQ72xzD>

Entrevista a Gianni Tognoni (2020) [Eleonora de Lucena e Rodolfo Lucena) (2020, Marzo, 24) [Archivo de video] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Uat0HpA-bsQ&feature=youtu.be> (Visitado en Abril 2020)

Gérvas, Juan (14 de Marzo de 2020) Medidas contra el coronavirus: tan drásticas que pueden provocar más daño del que eviten. Acta Sanitaria Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/medidas-contr-el-coronavirus-tan-drasticas-que-pueden-provocar-mas-dano-del-que-eviten/> Visitada en Abril de 2020

Hanage, William (15 Marzo 2020) I'm an epidemiologist. When I heard about Britain's 'herd immunity' coronavirus plan, I thought it was satire. The Guardian, Opinion, Disponible en: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/15/epidemiologist-britain-herd-immunity-coronavirus-covid-19> Visitado en Marzo de 2020

Harvey, David (20 de Marzo de 2020) Anti-Capitalist Politics in the Time of COVID-19. Jacobin. EEUU. Disponible en: <https://jacobinmag.com/2020/03/david-harvey-coronavirus-political-economy-disruptions> Visitado en Abril de 2020

Katz, Claudio (18 de Abril de 2020) Coronavirus and the global economic crisis: A crisis triggered by greed for profit. Disponible en: <https://www.lahaine.org/katz/>

Merhy, Emerson (1997) Cartografía del Trabajo vivo. Lugar Editorial

Müller, Mónica (mayo de 2020) La OMS siempre fue un Estado: es como el Vaticano, en vez de curas, hay médicos" 3 de mayo. El cohete a la luna. Disponible en: <https://www.elcohetelaluna.com/el-mundo-en-una-sopa-de-murcielagos/>

Petrucelli, Ariel y Mare, Federico (17 de Mayo de 2020) Covid-19: Estructura y coyuntura, ideología y política. La Quinta Pata. Disponible en: <http://la5tapata.net/covid-19-estructura-y-coyuntura-ideologia-y-politica/>. Visitado el 18 de Mayo de 2020

Pueyo, Tomás (21 de Marzo de 2020) Coronavirus: el martillo y el baile. Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/254426-coronavirus-el-martillo-y-el-baile> (Visitado en Abril de 2020)

Redacción Canal Abierto (28 de febrero de 2020) Instituto Malbrán: “De los once científicos que trabajan coronavirus, ocho están precarizados”. Canal Abierto. Disponible en <https://canalabierto.com.ar/2020/02/28/instituto-malbran-de-los-once-cientificos-que-trabajan-coronavirus-ocho-estan-precarizados/> Visitado el 30 de febrero de 2020.

Redacción Canal Abierto (7 de Abril de 2020) Jaime Breilh, epidemiólogo: “Está servida la mesa para el virus”. Disponible en: <https://canalabierto.com.ar/2020/04/07/jaime-breilh-epidemiologo-esta-servida-la-mesa-para-el-virus/>

Stevens, Harry (14 Marzo 2020) Why outbreaks like coronavirus spread exponentially, and how to “flatten the curve”. The Washington Post. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/graphics/2020/world/corona-simulator/> Visitado en Marzo de 2020.

Wallace R, et. al (1 de Mayo de 2020) COVID-19 and Circuits of Capital. Monthly Review. Disponible en: <https://monthlyreview.org/2020/05/01/covid-19-and-circuits-of-capital/> Visitado en Mayo de 2020

Resolución 987/2020: PLAN NACIONAL DE CUIDADO DE TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD – MARCO DE IMPLEMENTACIÓN PANDEMIA COVID-19 (8 de junio de 2020). Disponible en: <https://cadime.com.ar/resolucion-987-2020-plan-nacional-de-cuidado-de-trabajadores-y-trabajadoras-de-la-salud-marco-de-implementacion-pandemia-covid-19/>

17A. (Video de youtube). Disponible en:

[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=9&v=oK1MnHZeeFA&feature=emb\\_lo  
go](https://www.youtube.com/watch?time_continue=9&v=oK1MnHZeeFA&feature=emb_logo)