

## Historia en tiempos pandémicos: covid-19 en Latinoamérica

### *History in pandemic times: covid-19 in Latin America*

#### *Claudia Agostoni<sup>i</sup>*

<sup>i</sup> Instituto de Investigaciones Históricas/Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México – México  
orcid.org/0000-0001-9186-3028  
agostoni@unam.mx

#### *Karina Ramacciotti<sup>ii</sup>*

<sup>ii</sup> Universidad de Buenos Aires – Conicet. Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Buenos Aires – Argentina  
orcid.org/0000-0002-6724-3926  
karinaramacciotti@gmail.com

#### *Gabriel Lopes<sup>iii</sup>*

<sup>iii</sup> Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde/ Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
orcid.org/0000-0002-4334-5522  
lopes-gabriel@hotmail.com

Recebido em 11 nov. 2021.  
Aprovado em 21 dez. 2021.

AGOSTONI, Claudia; RAMACCIOTTI, Karina; LOPES, Gabriel. Historia en tiempos pandémicos: covid-19 en Latinoamérica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.29, n.2, abr.-jun. 2022, p.563-579.

#### Resumen

Teniendo como marco la trágica presencia de covid-19, historiadores de México, Argentina y Brasil realizan reflexiones en este texto sobre el contexto de la pandemia, así como su relación con precariedades sanitarias institucionales, estigmas persistentes y desigualdades sociales pasadas. Sus intervenciones son un registro preliminar del impacto de la pandemia en sus países. Están basadas en intervenciones presentadas en la mesa “História em tempos pandêmicos: reflexões sobre um ano de crises”, realizada en junio de 2021, moderada por Marcos Cueto y organizada por el Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde de la Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Palabras clave: historia; covid-19; México; Argentina; Brasil; epidemias.

#### Abstract

Having as a framework the tragic presence of covid-19, historians from Mexico, Argentina and Brazil reflect in this text on the context of the pandemic as well as its relationship with institutional sanitary precariousness, persistent stigmas and past social inequalities. Their interventions are a preliminary record of the impact of the pandemic on their countries. They are based on interventions presented at the session “História em tempos pandêmicos: reflexões sobre um ano de crises”, held in June 2021, moderated by Marcos Cueto and organized by the Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde of the Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Keywords: history; covid-19; México; Argentina; Brasil; epidemics.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702022000200015>



En los últimos meses se han producido numerosas publicaciones académicas y periodísticas, entrevistas, noticias en blogs y eventos organizados por historiadores de Brasil, así como de otros países de América Latina, sobre la pandemia de covid-19. En tales actividades los historiadores contextualizaron la pandemia, hicieron comparaciones con el pasado y revelaron cómo se magnifica la relación entre ciencia, sociedad y política, así como el estigma, en desastres sanitarios. Es importante recordar que, durante el primer año y medio de la pandemia, los países con más casos y muertes por la enfermedad se encuentran en las Américas. Ello sugiere la precariedad de las respuestas oficiales, la intensidad de las desigualdades sociales y la discriminación contra los grupos de población pobres, el peligro de la negación científica de gobiernos autoritarios y las debilidades de los programas sociales para disminuir la pobreza. Las presentaciones que aquí se exponen son versiones corregidas y mejoradas de las realizadas en una mesa que fue parte de los encuentros virtuales “História em tempos pandêmicos: reflexões sobre um ano de crises”, realizada en 18 de junio de 2021. Este evento fue posible gracias al Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde de la Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, y especialmente gracias a la profesora Dominichi Miranda de Sá. Marcos Cueto participó como moderador. Los autores son destacados historiadores quienes presentan sus impresiones, investigaciones e interpretaciones de un hecho biológico y social decisivo en la sociedad contemporánea. Claudia Agostoni es investigadora titular en el Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México, coordinadora del Seminario Permanente de Historia Social y Cultural de la Salud y la Enfermedad en México, y especialista en la historia social de la salud pública en México. Por su parte, Karina Ramacciotti es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, profesora de la Universidad Nacional de Quilmes e investigadora principal en Conicet. Finalmente, Gabriel Lopes es doctor en historia de la ciencia y de la salud por la Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, y actualmente hace un pos doctorado como investigador en el Programa de Historia de las Ciencias y de la Salud de la Casa de Oswaldo Cruz, en Rio de Janeiro.



## **Claudia Agostoni**

### **Contradicciones, carencias y vacunas: el primer año de la pandemia en México, febrero 2020-marzo 2021**

Agradezco la invitación para participar en este encuentro, que hizo preguntarme una y otra vez: ¿qué destacar del primer año de la pandemia en México? ¿cómo abordar ese confuso, incierto y triste año? ¿cuáles fueron algunas de sus dimensiones más importantes?

Fue difícil decidir qué temas abordar, debido a que la pandemia abarcó, y continúa abarcando, múltiples temáticas y dimensiones que afectan todos los ámbitos de la vida social. Decidí concentrarme en dos elementos. Por una parte, en la reconversión hospitalaria, y, por la otra, en la minimización de la pandemia y las vacunas. Antes de abordarlas, me

parece importante mencionar que en 2020 la población del país se ubicó en 126 millones de habitantes y que el primer caso oficial de la covid-19 se confirmó el 28 de febrero. Un año después, de acuerdo con las cuestionadas cifras oficiales, el número de casos positivos con la covid-19 era ligeramente superior a dos millones de personas, además de contabilizarse 203.210 fallecimientos (al 31 de marzo de 2021).

El primer tema que mencionaré, la reconversión hospitalaria, es importante debido a que fue uno de los ejes sobre los que descansó la respuesta oficial para gestionar la pandemia durante el primer año (28 febrero 2020 hasta 1 marzo 2021). Se buscó, en términos generales, incrementar la capacidad de respuesta hospitalaria para atender a los pacientes con la nueva enfermedad, lo cual enfrentó numerosas complicaciones, limitaciones y resistencias. Me parece que prestar atención a los motivos por los que se le priorizó y a los problemas que representó su implementación, posibilita apreciar las enormes carencias y limitaciones de larga data que prevalecen en los servicios públicos de salud, al igual que la desconfianza o temor de amplios sectores sociales hacia los actores, hospitales e instituciones de salud.

El segundo tema que abordaré está integrado por dos elementos que estuvieron en frecuente interacción: la minimización de la pandemia y la esperanza depositada en las vacunas, tópicos que fueron clave en la gestión de la emergencia sanitaria. La minimización de la pandemia se pudo apreciar en una incansable sucesión de afirmaciones precipitadas y desafortunadas y, en numerosas declaraciones triunfalistas por parte de las autoridades de salud, las que entre otros elementos llevaron a que se reiterara una y otra vez que la “curva había sido aplanada”. Asimismo, desde mediados de 2020, cuando aún no se contaba con vacuna alguna, la confianza y esperanza depositada en la inmunización como la “solución” favoreció que se desdeñara realizar una profunda y cotidiana reflexión sobre las transformaciones de largo aliento que exigía (y requiere) el sistema nacional de salud, la atención primaria y la educación en la salud.

La pandemia irrumpió durante un momento de crítica precariedad en el sistema nacional de salud, lo que si bien derivó de las reformas y transformaciones neoliberales impulsadas a partir de la década de 1990, se intensificó debido a las reformas emprendidas en el sector salud por la actual administración. Por ejemplo, en diciembre de 2019 se desintegró el llamado Seguro Popular, un sistema que durante 15 años proporcionó servicios de salud a más de cincuenta millones de personas sin la posibilidad de acceder a los servicios médicos de la seguridad social. Además, el inicio de la pandemia aconteció cuando México sobresalía por ser uno de los países con uno de los más bajos grados de inversión en el sector salud a nivel global, por lo que sus indicadores de personal médico y de enfermería y camas hospitalarias revelaban limitaciones preocupantes. Así, y de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México contó con 2,4 médicos, 2,9 enfermeros(as) y 1,4 cama en clínicas y hospitales por cada mil habitantes, indicadores muy por debajo de los de la mayor parte de los países que componen esa organización, cuyos promedios eran de 3,5 médicos, 8,8 personal de enfermería y 4,7 camas hospitalarias por cada mil habitantes (OCDE, 2019). En lo referente al gasto público en salud del país, éste se ubicó en 1.138 dólares per cápita, 72% menos que el promedio (3.992 dólares per cápita) de los países que forman parte de la organización (OCDE, 2019). Esos indicadores,

entre otros, son importantísimos para ubicar el contexto en el que descansaron las estrategias implementadas para frenar los contagios, para atender a los pacientes y para evitar fallecimientos.

El 29 de marzo de 2020 se anunció que la reconversión hospitalaria sería uno de los ejes rectores de la gestión de la pandemia, una decisión sustentada en la experiencia histórica y en lo que estaba aconteciendo en diferentes países, sobre todo en los del continente europeo frente a la covid-19. Para implementarla, las autoridades de salud determinaron que en una primera etapa se realizaría un diagnóstico puntual de la capacidad hospitalaria, de las cifras de personal sanitario y del equipamiento de cada hospital y centro de salud en el país. Con base en esa información se decidiría qué hospitales se concentrarían en la atención de pacientes con la covid-19, se contaría con cifras actualizadas del personal sanitario disponible y sería posible calcular las nuevas contrataciones requeridas. Ese diagnóstico visibilizó que se carecía de un registro actualizado del personal sanitario, del número de camas generales, y de terapia intensiva, y del equipamiento hospitalario. Permitió también entrever la profunda descoordinación entre las autoridades federales y estatales de salud y llevó a que se reconociera que el país contaba con un déficit de por lo menos 120 mil médicos(as) y enfermeras(os), entre otros elementos.

La centralidad que las autoridades de salud otorgaron a la reconversión hospitalaria se enfrentó no solo a las limitaciones antes mencionadas, también a múltiples problemas y desafíos de más larga historia, como el miedo al hospital, el temor a enfermarse en el hospital y a la profunda desconfianza entre amplios sectores sociales hacia las instituciones y los actores del sector salud. Además, la reconversión hospitalaria fue particularmente complicada en zonas de alta densidad demográfica, como en amplias áreas de la Ciudad de México, al igual que durante los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021, cuando una intensa segunda ola de contagios saturó la capacidad hospitalaria en la mayor parte del país.

Un estudio importante publicado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (Cortés-Meda, Ponciano Rodríguez, 2021, p.9-13) arroja luz sobre la eficacia de la reconversión hospitalaria. De acuerdo con el mismo, durante el primer año de la pandemia, y sustentándose en las cuestionadas cifras oficiales, se registraron 2.144.588 casos de pacientes con la covid-19; el número de fallecimientos por esa causa fue de 192.488, y la letalidad se ubicó en 9%. Esos indicadores ubicaron al país en el 13° lugar con el mayor número de casos y en el tercero respecto al mayor número de muertes a nivel global. Y, sobre todo, ese estudio subrayó que del número total de contagios registrados por las autoridades únicamente el 25% recibió algún tipo de atención hospitalaria y que solo una de cada cinco personas que murió por covid-19 recibió atención médica en unidades de cuidados intensivos. Lo anterior significó que la mayor parte de los pacientes que necesitó atención hospitalaria especializada no acudió a ningún hospital y que miles de personas se atendieron o fallecieron en sus casas.

La reconversión hospitalaria también permitió que se apreciaran con toda claridad otros elementos como, por ejemplo, los serios problemas de salud que afectan a la mayor parte de los niños y adultos desde décadas atrás: diabetes, hipertensión arterial y obesidad. Lo anterior fue, y es, un problema gigantesco, ya que las comorbilidades se revelaron como

factores de enorme vulnerabilidad frente a la covid-19. De igual forma, la reconversión hospitalaria acentuó las precarias y altamente riesgosas condiciones de trabajo del personal sanitario. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, entre enero de 2020 y marzo de 2021 por lo menos 3.534 personas que laboraban en el sector salud perdieron la vida por la covid-19 en México (OPS/OMS, 2021, p.23), el indicador más elevado de muertes entre personal sanitario a nivel global durante el primer año de la pandemia.

La minimización de la pandemia y la esperanza depositada en las vacunas es el segundo tema que me interesa destacar, ya que a lo largo del primer año de la pandemia esos dos elementos estuvieron en constante interacción. Uno de los escenarios en el que se apreció lo anterior fueron las conferencias de prensa sobre la covid-19 organizadas todos los días, a partir de 22 de enero de 2020, por la Secretaría de Salud. En las mismas, se procuró informar al público sobre el curso de la pandemia a nivel global y nacional, por lo que se daban a conocer cifras de casos registrados y fallecimientos, información referente a la reconversión hospitalaria y sobre la sintomatología, tratamiento, precauciones y medidas para evitar la nueva enfermedad, entre otros elementos. Sin embargo, también fue un espacio en el que se minimizaron los riesgos y en el que la solución a la pandemia se asoció, vinculó y condensó en una palabra: “vacuna” (sobre todo a partir de la segunda mitad de 2020). Además, fue en esas conferencias de prensa en las que con frecuencia se expresaron declaraciones y afirmaciones desafortunadas, las que generaron confusión, otorgaron falsas esperanzas y minimizaron los riesgos. Algunas de esas declaraciones las pronunció el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el doctor Hugo López-Gatell, al frente de la gestión de la pandemia. Otras fueron expresadas por el presidente López Obrador en múltiples foros y medios de comunicación.

Entre las frases más célebres y más preocupantes, las que remiten a la creciente polarización política e ideológica del país y a la politización y polarización que generó la gestión de la pandemia, menciono las siguientes: el 28 de febrero de 2020, López Obrador afirmó que la covid-19 no era “ni siquiera equivalente a la influenza”. El 4 de marzo, sostuvo: “hay que abrazarse, no pasa nada”. El 18 de marzo, mostró un escudo protector y afirmó que la mejor protección ante la nueva enfermedad era la honestidad y la lucha contra la corrupción. El 31 de julio, señaló que únicamente usaría una mascarilla cuando terminara la corrupción en el país, y, el 8 de febrero de 2021, después de recuperarse de la covid-19, explicó: “Bueno, ¿por qué me enfermé? Porque no me vacuné antes, porque no abusé, pude haberme vacunado. Hay jefes de Estado, presidentes que se han vacunado, han sido los primeros, nada más que eso no lo dice la prensa conservadora, la prensa fifí, al contrario, hasta aplauden” (Me contagié..., 8 feb. 2021).

Por otra parte, el doctor López-Gatell repitió a lo largo de 2020: “Quédate en casa”; aseguró que la curva había sido aplanada en repetidas ocasiones, y en junio de 2020 sostuvo que un “escenario catastrófico” para el país sería llegar a sesenta mil muertes por la covid-19. Ese “escenario catastrófico” se superó el 22 de agosto de 2020. De igual forma, en diciembre de 2020 y en plena segunda ola de contagios, afirmó lo siguiente: “El cubrebocas tiene sus límites. Toda esta discusión absurda que se ha dado, de si cubrebocas sí, cubrebocas no, no tiene sentido” (Frases de..., 26 feb. 2021). Esas y otras afirmaciones desafortunadas y declaraciones triunfalistas, al igual que el desdén del titular del Poder Ejecutivo hacia el

empleo de la mascarilla, no cesaron de generar confusión. Y fue precisamente durante el contexto de esa sucesión de expresiones y afirmaciones confusas y contradictorias que en diciembre de 2021 inició el programa de vacunación contra la covid-19.

El programa de vacunación se anunció como universal y gratuito (omitiéndose que en México todas las campañas nacionales de vacunación han sido universales y gratuitas). Se destacó que se privilegiaría la vacunación de todo el personal en la “primera línea de batalla contra la pandemia” y a la población de 80 y más años en un primer momento, y que posteriormente se inmunizaría por grupos de edad. También se presentó un calendario con cinco fases con meses específicos, pero sin vacunas, ya que en ese momento solo se contaba con pocas vacunas de la Pfizer al margen de los numerosos contratos y de las compras anticipadas de vacunas con diferentes farmacéuticas. Considero importante destacar que, cuando se aplicó la primera vacuna el 24 de diciembre, el país atravesaba por una segunda ola de contagios y el sistema hospitalario estaba colapsado.

Entre los días finales de diciembre de 2020 y marzo de 2021 llegaron miles de dosis de diferentes vacunas, lo que permitió avanzar en la aplicación de las primeras dosis, pero se excluyó al personal sanitario del sector privado. Es decir, el personal sanitario que trabajaba en hospitales, clínicas, consultorios y farmacias y que no forma parte del sector público, el que se estima está integrado por más ochenta mil personas y que otorgó miles de consultas a muy bajo costo a numerosos individuos, no pudo acceder a la inmunización. La exclusión del personal sanitario del sector privado generó numerosas protestas. Médicos, odontólogos, personal de enfermería, personal de limpieza y personal auxiliar del sector privado exigieron durante meses ser inmunizados. Esas demandas y exigencias llevaron a que se cuestionara lo que significa ser “trabajador de la salud”, buscándose que esa categoría incluya a médicos, enfermeras, enfermeros, odontólogos, camilleros, asistentes médicos, paramédicos, radiólogos, operadores de ambulancias, personal de limpieza y a todos los trabajadores auxiliares tanto del sector público como del privado.

El programa nacional de vacunación contra la covid-19, cuyas estrategias y formas de organización descansan en más de cien años de experiencia histórica debido a la planificación y puesta en marcha de muchas otras campañas de inmunización, ha contribuido a que el número de fallecimientos haya disminuido. Sin embargo, la esperanza depositada en la vacuna o la vacuna como panacea alentó el relajamiento de las medidas de distanciamiento social y llevó a que numerosos individuos consideraran que la pandemia ya había pasado. Además, la esperanza depositada en las vacunas opacó y dejó en un segundo plano, o en el olvido, la enunciación de proyectos para reconstituir al sistema nacional de salud y para prever y presentar propuestas claras con el propósito de estudiar como enfrentar otros probables momentos de emergencia epidémica.

La gestión de la pandemia durante su primer año estuvo marcada por la inequidad, por la desigualdad y por profundas debilidades en el sistema nacional de salud, lo que se reflejó de manera particular en la atención, reconversión y saturación hospitalaria. De igual forma, la minimización de la pandemia no solo se alimentó de las contradictorias declaraciones del sector salud y del titular del Poder Ejecutivo, también por las maneras en las que las vacunas fueron presentadas, valoradas e imaginadas.

## Karina Ramacciotti

### La enfermería en Argentina durante la pandemia de covid-19: desafío para la investigación en ciencias sociales

Buenos días, estoy muy agradecida por esta invitación, ya que es una oportunidad para reflexionar con colegas sobre los sucesos que han transcurrido durante este año en la pandemia. Mi nueva investigación tiene como objetivo analizar los cambios y las continuidades de las representaciones, la formación y las prácticas en el sector de la enfermería en Argentina a partir de la crisis desatada por la pandemia de la covid-19, teniendo en cuenta el carácter históricamente feminizado del cuidado sanitario y las particularidades del heterogéneo y fragmentado sistema de salud argentino. La pandemia de la covid-19 ha arrojado luz sobre las condiciones laborales de las profesiones vinculadas con el cuidado sanitario: el pluriempleo, la feminización, los salarios desactualizados, las jornadas de trabajo largas y extenuantes, la carencia de equipos adecuados y las estrategias para afrontar los retos físicos y afectivos de estas tareas. Ya veníamos trabajando algunas de estas cuestiones; nuestros hallazgos se publicaron en dos libros, *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (Biernat, Cerdá, Ramacciotti, 2015) e *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión* (Ramacciotti, 2020). A partir de estos análisis y ante los sucesos que se desencadenaron con la pandemia, nos vimos interpeladas para estudiar cómo la covid-19 afectó al sector de enfermería, dado que es un componente fundamental de los equipos de salud. Ellos tienen un vínculo estrecho y continuo con los pacientes en relación con los cuidados y las tareas de prevención. Ese rol insustituible de la enfermería no surgió con la pandemia, pero quedó más visible, dado su activo protagonismo en las tareas de rastreos, hisopados, cuidados durante las internaciones, comunicación con familiares y campañas de vacunación. Esta multiplicidad de tareas se realizó dentro de un contexto de una enfermedad con una alta tasa de contagiosidad y signada, principalmente en el inicio, por altos niveles de incertidumbre en torno a las formas de contagio y los métodos de protección adecuados. El primer caso confirmado en Buenos Aires fue el 3 de marzo de 2020, y, a partir de ese momento, el gobierno nacional implementó el cierre de fronteras y la limitación del movimiento de personas, con excepción de quienes fueron denominados “esenciales”, es decir, aquellas personas que desempeñaban actividades laborales imprescindibles para enfrentar los efectos de la pandemia tenían autorización para movilizarse. El personal sanitario, de seguridad y de atención de comedores populares entraron en esa “esencialidad”.

En línea con lo que sucedía en otras latitudes, se produjo, durante el primer mes de la pandemia, un clima de solidaridad hacia el personal de salud que se demostró con aplausos en los balcones de las grandes ciudades de la Argentina. No obstante, este homenaje duró poco. Del aplauso y de ciertas actitudes solidarias se pasó a situaciones de discriminación y a actos de violencia al personal de salud tal como el que tuvo que sufrir un enfermero recuperado de coronavirus, quien fue golpeado por sus vecinos del barrio Colonia Nueva Esperanza de la ciudad de Neuquén. Además, le incendiaron la casa y le robaron el auto y otras pertenencias (Un enfermero..., 20 jul. 2020). En este sentido, es ilustrativa la entrevista a una enfermera, quien cuenta que siente un gran

contraste entre el primer y el segundo año de la pandemia. A partir de una situación en el servicio de su hospital recuerda: “La verdad no puedo creer que usted me esté gritando e insultando hoy, y yo calculo que usted habrá sido una de esas mujeres que el año pasado salía al balcón a aplaudirnos y hoy me está faltando el respeto. Y se quedó mirando como diciendo: ‘Sí, por ahí tienes razón, pero te sigo faltando el respeto’” (Entrevista..., 14 jun. 2021).

Dentro de este contexto, a mediados de 2020, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Argentina abrió una convocatoria llamada “Las ciencias sociales y humanas en la crisis covid-19” con el fin de promover líneas de investigación para contribuir al diseño de las políticas públicas. Esta convocatoria tuvo la característica de crear redes de investigación asociativas, organizadas en nodos federales, con participación equitativa de género en los proyectos. El objetivo final es la construcción de una base de datos de acceso público que permita contar con insumos cuantitativos y cualitativos para responder ante un contexto excepcional. Hubo 19 líneas de financiamiento adjudicadas, y los proyectos tienen un plazo de ejecución de un año; esto constituye un desafío para las ciencias sociales, dado que los investigadores solemos contar con plazos más prolongados para mostrar resultados. Sin lugar a duda, esto nos posiciona en un nuevo rol ante la sociedad y ante los gestores de las políticas públicas.

Uno de los proyectos adjudicados fue el titulado “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la pos pandemia de la covid-19 (Argentina, siglo XX y XXI)”, radicado en la Universidad Nacional de Quilmes bajo mi dirección y conformado por más de cien investigadores de todo el país. Esta red asociativa está formada por 16 nodos de diferentes universidades públicas nacionales y Unidades Ejecutoras del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Este proyecto colaborativo pretende abordar las características y las condiciones de trabajo del sector de enfermería en la mayoría de las provincias del territorio nacional. Una de las características distintivas de este proyecto es que los resultados no serán solamente de Buenos Aires y las zonas aledañas, sino que, dado la conformación del equipo de trabajo, tendremos datos de diferentes regiones, lo que nos permitirá contar con una mirada de una Argentina cargada de matices y particularidades locales según los diferentes momentos de la pandemia.

Este proyecto cuenta con 108 integrantes y es interdisciplinario, lo cual también es un gran desafío y un aprendizaje enorme. La mayoría de los integrantes proviene de la historia, pero hay también profesionales de sociología, enfermería, trabajo social, ciencia política, comunicación social, antropología, psicología, comercio internacional, terapia ocupacional, letras, ciencias sociales, geografía y educación para la salud. Reitero, el que sea un proyecto interdisciplinario y federal permite potenciar el trabajo y dinamizarlo a partir de diálogos más amplios que los que imponen las propias disciplinas.

Otra peculiaridad es la distribución del equipo según género. El 86,1% está compuesto por mujeres. Esto no resulta azaroso. Así, como mujeres hemos sufrido históricamente discriminación en el campo académico en términos de ascenso y reconocimiento, también muchos de los temas que hemos abordado se han considerado secundarios o poco relevantes (Valobra, 2019). Por ello, no sorprende que la composición de nuestro equipo

sea eminentemente femenina y que seamos las mujeres quienes más nos interesamos por la temática de los cuidados y, en este caso en particular, por la enfermería. Asimismo, cabe señalar que no es una exclusión adrede de varones la que resulta de esta composición. Se trata de una política de acción positiva que se ha impulsado desde la convocatoria uniendo la problemática de género con la generacional, razón por la cual también se ha propiciado que la dirección de los nodos esté a cargo de personas menores de 40 años para que se inicien en el liderazgo y la conducción de este tipo de proyectos.

Ahora bien, con el fin de cumplir con los objetivos de esta investigación, organizamos una propuesta metodológica sobre la base de tres ejes. Uno de ellos es la elaboración, distribución y análisis de una encuesta auto administrada, de carácter nacional. Por otro lado, se realizaron entrevistas en profundidad a integrantes del sistema sanitario nacional, provincial; a líderes sindicales; y a autoridades universitarias y legislativas. Asimismo, efectuamos entrevistas a enfermeras en ejercicio, aquellas que están en el denominado frente de batalla, quienes han tenido que atender casos de covid-19. Y, aparte, realizamos la búsqueda, la clasificación y el análisis de documentos; esto incluye leyes, programas, resoluciones y artículos periodísticos publicados en medios digitales.

La muestra de esta investigación, tanto de la entrevista como de la encuesta, la realizamos basándonos en un informe del Ministerio de Salud Pública (Argentina, jul. 2020). Es decir, un registro estadístico realizado por el equipo del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud Pública. Este conjunto de datos permitió elaborar una muestra significativa a quienes deberíamos entrevistar y encuestar por región. Teníamos que entrevistar, como mínimo, a 216 personas del sector de la enfermería y realizar, como mínimo, mil encuestas *online*. Para tener una muestra más representativa, las variables se consideraron en función del tipo de titulación, el género, la edad, la región y si trabajan en el sector público o privado.

El diseño de la encuesta significó un interesante debate metodológico en el interior del equipo. La idea original era que fuera vía telefónica, pero luego desistimos porque investigar en pandemia no es fácil, y hacer una encuesta telefónica iba a demandar mucho más tiempo y una logística difícil de implementar. Asimismo, consideramos que habría dificultado uno de los objetivos del proyecto contar con resultados en un año. Fue así que decidimos que fuera *online*, y estuvo a cargo de un equipo de investigación en ciencias sociales de la Universidad Nacional de Quilmes que tiene experiencia en ese tipo de encuesta.

Con Socpol, el equipo de la Universidad Nacional de Quilmes, hicimos un trabajo meticuloso, de aproximadamente tres meses, para diseñar las 103 preguntas de la encuesta. Luego, las pusimos a prueba entre las compañeras del equipo que son enfermeras para que el formulario fuera claro y comprensible. La prueba del guión de la encuesta pasó por tres etapas de revisión. Lo empezamos a realizar en diciembre del 2020 y lo terminamos en febrero del 2021. Debió ser aprobado por un comité de ética de un hospital importante en Buenos Aires, el Hospital Nacional Posadas. Una vez que terminamos el formulario, a partir de redes sociales, empezamos a circular la difusión de la encuesta por medio de un folleto para convocar la mayor cantidad de personas interesadas en completarla. El resultado

de la convocatoria es sorprendente por el grado de participación e involucramiento. Iniciamos la encuesta el 3 de junio y hasta el 16 de junio obtuvimos 1.216 respuestas, es decir, superamos la cantidad mínima que requeríamos. No obstante, proseguimos una semana más porque, en algunas provincias, por ejemplo, en Tierra del Fuego, en Neuquén o en Catamarca contamos con pocas respuestas.

El guión para las entrevistas en profundidad lo redactamos entre diciembre 2020 y febrero 2021, también contó con tres pruebas. Empezamos el proceso de entrevistas el primero de abril de 2021 y hacia fin de julio pensamos cubrir la muestra, que son cerca de 216, pero ya contamos con un número mayor de entrevistas realizadas. La forma de difusión fue similar a la de la encuesta: un folleto que circuló por redes sociales, WhatsApp y correo electrónico. Quedamos sorprendidas por la repercusión y el interés que suscitó la convocatoria. Nuestros miedos eran muchos al empezar con esta investigación porque pensamos que, en un contexto de pandemia, las enfermeras no iban a querer prestarse para esta investigación por la falta de tiempo. No obstante, sucedió todo lo contrario, el interés por contar sus experiencias y dar a conocer sus historias fue una característica distintiva en esta etapa de la investigación. Algunas entrevistas en profundidad se realizaron de manera presencial, pero luego entramos en la segunda ola de la pandemia, es decir, en el momento de mayor cantidad de contagios, por lo que tuvimos que proseguir vía Zoom, Google Meet o llamadas telefónicas.

Al principio, nos preguntábamos si realizar las entrevistas de este modo no entorpecería el clima de trabajo, pero fue, para nuestra sorpresa, todo lo opuesto. Son entrevistas cargadas de emotividad, signadas por la libertad de expresión y con una notoria avidez por compartir sus experiencias laborales. Emocionada y agradecida por el espacio de la entrevista, una enfermera nos dijo: “Pasó todo tan rápido y con tanto vértigo, que hoy es la primera vez que hablo de todo lo que vivimos durante estos meses” (Entrevista..., 8 abr. 2021). Es decir, este espacio también fue un momento de reflexión para la propia práctica. De esta etapa de investigación, salió un material cualitativo riquísimo que estamos sistematizando para realizar el análisis.

Organizamos los contactos a partir del método de “bola de nieve”, es decir, un contacto fue llevando a otro. Nos costó más entrevistar a algunas personas, debido a que en Argentina el personal de enfermería se divide en tres sectores: las enfermeras que tienen como titulación la licenciatura (32%), una formación universitaria de gestión pública o privada de cinco años; las tecnicaturas (52%), una formación de pregrado universitario o carrera corta en tecnicaturas en enfermería de tres años; y las auxiliares (16%), quienes tienen una formación de un año. Las auxiliares ya prácticamente no existen como grado de titulación, pero quienes tienen ese diploma siguen en ejercicio y, durante la pandemia algunas dejaron de trabajar por edad avanzada o por mayor riesgo de contagio, y otras fueron contratadas, a pesar de que, en muchas jurisdicciones, su ejercicio no está reglamentado para las nuevas contrataciones.

Esta disparidad en la formación influyó en el interés por participar. Por lo general, tuvimos una excelente recepción e interés para hacer la entrevista por parte de las licenciadas. Ya tenemos más del 100% de entrevistas completadas en esta categoría profesional. Las técnicas también tuvieron una mayor aceptación para el proceso de las entrevistas; y las auxiliares, hasta el momento, solo cubrieron el 50% de la cuota. Es decir, en este último sector es

donde más nos ha costado llegar, ya sea porque están más afectadas por el pluriempleo y cuentan con menos tiempo o porque tienen dificultades de conexión con las plataformas de Zoom o Google Meet. Asimismo, esbozaron ciertos temores en torno a que sus datos fuesen utilizados de forma perjudicial y o que sus empleos se vieran afectados.

Para poder alcanzar los objetivos de investigación, vamos a identificar y revisar las noticias periodísticas publicadas en medios digitales entre marzo del 2020 y junio del 2021, dado que es el mes en el cual se registró el mayor número de contagios en la Argentina. Para agilizar la búsqueda de los medios digitales, recurrimos a la técnica de *scraping*, que nos permite automatizar la búsqueda y extraer los hipervínculos según las palabras clave de los medios que queremos relevar. La búsqueda se concentra en periódicos nacionales, provinciales y municipales, esto permitirá identificar los matices locales. Consideramos importante reconocer las diversas temporalidades de la pandemia, dado que no afectó por igual y al mismo tiempo a todas las regiones en la Argentina.

Para finalizar, me gustaría mencionar los desafíos y los obstáculos que implica investigar en pandemia. Este es un tema que nos atraviesa como equipo de investigación. Esta pandemia nos interpela para reflexionar sobre cuál es nuestro aporte desde las ciencias sociales para pensar el presente, el Estado y sus políticas. Este reto nos involucra a todos los integrantes del proyecto. Algo que no quiero dejar de mencionar es que, entre los 108 integrantes del equipo, hay muchos jóvenes que aportan una mirada fresca e interesante sobre el análisis de lo social, esto es muy enriquecedor.

Como he mencionado, una de las dificultades que enfrentamos fue la de investigar en pandemia los efectos de una pandemia cuyas consecuencias nos afecta de manera constante. No es fácil trabajar en casa junto con el resto de los integrantes de nuestra familia. Muchos de nosotros tenemos enormes responsabilidades de cuidado: hijos, personas mayores o personas dependientes. Dentro del equipo, tuvimos momentos de muchas angustias y miedo por el potencial contagio. De hecho, muchos de los integrantes del equipo se contagiaron y lamentablemente hubo decesos de familiares o de amistades. Es difícil gestionar todas estas emociones y, al mismo tiempo, investigar sobre dicho objeto de estudio. Enfrentamos un escenario con muchas dudas y hemos tenido que tomar decisiones sobre la marcha en un escenario que es dinámico y complejo, donde prima la incertidumbre en torno a cómo y cuándo vamos a regresar a “normalidad”. Normalidad que no será similar a los tiempos pre pandémicos. Consideramos que las convocatorias como las del Ministerio de la Ciencia, Innovación y Tecnología de la Argentina o las impulsadas por la Casa de Oswaldo Cruz, en Brasil, nos invitan a repensar un nuevo rol para las ciencias sociales en la región.

## **Gabriel Lopes**

### **Covid-19 y necropolítica en Brasil**

Realmente me ha gustado mucho escuchar a las colegas. Mucho de lo que traje aquí para presentar se relaciona con las desigualdades sociales, la desarticulación entre el gobierno central y los estados y algunos problemas también, como comentó Karina, sobre los profesionales de la salud que están en la línea de frente en el combate de la pandemia en

Brasil. Confieso que me cuesta esta reflexión, y no deja de ser aún una historia dinámica y confusa. Esta presentación tiene algunas reflexiones que he ido desarrollando junto con Marcos Cueto y otros colegas para tratar de delimitar mejor sus marcas (Cueto, Lopes, 2020). También quisiera agradecer a Carlos Paiva, Luiz Antônio Teixeira y Luiz Alves, mi colegas del Observatório História e Saúde, que ayudaron a recapacitar las reflexiones. Presentaré algunos aspectos que para algunos brasileños pueden parecer más o menos obvios; para otros, controvertidos. Pero es importante delimitar los elementos que pueden parecer triviales para quienes están sumergidos en el día a día de Brasil, pero para las personas de otros países latinoamericanos pueden ser procesos poco claros. En esta presentación, podemos considerar el inicio de la vacunación en Brasil como un hito importante que también ayuda, en retrospectiva, a demarcar las desarticulaciones políticas, los negacionismos y dos formas generales que se pueden pensar para enmarcar el enfrentamiento de la pandemia por parte del gobierno federal: mala gestión, desgobierno o necropolítica.

Para comenzar esta presentación, es importante esbozar el trasfondo, lo que aparentemente todas las epidemias y pandemias parecen revelar en Brasil, y también en otros países, que es el tema de la precariedad de la vida y la desigualdad social. Las condiciones de vida impuestas por la desigualdad social exacerbaban las tasas de transmisión y mortalidad. La población que vive en comunidades desfavorecidas y en barriadas, en Brasil, en 2018, se estimó en más de 11 millones de personas. El número fue mayor en ciudades como Río de Janeiro, donde el 24% de los habitantes vive en barrios marginales. La mayor parte de la población que vive en las barriadas se define como negro y pardo y, según el censo de 2018, representaban más de la mitad de la población brasileña. Además, entre 2015 y 2018, la pobreza creció alrededor de un 33%, el desempleo y subempleo representaron alrededor del 40% de la población nacional. En 2018, había 23,3 millones de personas que vivían por debajo del umbral de la pobreza, con un ingreso de alrededor de US\$50 al mes. Este valor, por supuesto, ha disminuido con la reciente devaluación del real. El problema de la falta de saneamiento básico y adecuadas condiciones de vivienda, circunstancias fundamentales para la prevención del coronavirus, es un gran elemento de fondo, que la pandemia ha ayudado a hacer aún más evidente. Más de 26 millones de brasileños en áreas urbanas no tienen acceso a agua limpia, lo que hace que el saneamiento sea un problema que va mucho más allá de las barriadas y las comunidades desfavorecidas.

A continuación, presentaré una breve cronología para que comencemos a hacer algunas reflexiones. A fines de febrero de 2020, se notificó en São Paulo el primer caso de covid-19 en Brasil. Un hombre de 61 años que regresaba de Italia. En la última semana de febrero, se confirmaron ocho casos más en Brasil y el último día del mes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional. El 7 de marzo, ignorando los riesgos, el presidente Jair Bolsonaro visitó los Estados Unidos para participar en una cena con el presidente Donald Trump en Florida.

Posteriormente, más de 20 miembros de la delegación de Bolsonaro resultaron positivos en el examen para detectar coronavirus, pero Bolsonaro no se aisló. Poco después, el 9 de marzo, Italia impuso una cuarentena nacional. Estas otras noticias no tuvieron influencia en la posición del gobierno brasileño: la OMS clasificó al covid-19 como una pandemia el 11 de marzo de 2020, y científicos británicos predijeron altas tasas de mortalidad si no se

tomaban medidas para contener el virus. A finales de marzo, los 27 estados de la federación de Brasil notificaron casos en sus territorios. El número total de casos superó los dos mil y el número de muertes, cerca de ochenta. El 18 de marzo, la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) escribió, junto con otras entidades, una carta abierta a la Presidencia de la República, los gobernadores y el Congreso Nacional proponiendo medidas para enfrentar la pandemia y mitigar sus efectos en las poblaciones más vulnerables. Entre estas medidas se encontraban propuestas para la exención de tarifas de agua y luz, incentivos fiscales para evitar despidos y distribución de alimentos y artículos de higiene.

El 24 de marzo, en una transmisión de televisión, oficial y nacional, Bolsonaro llamó a la pandemia “de gripecita” y continuó reuniéndose y haciendo declaraciones con sus seguidores. En ese primer discurso – de la gripecita –, según dijo Bolsonaro, las medidas de restricción serían peores que el virus, porque causarían desempleo y una probable escasez de alimentos. El aislamiento también podría producir violencia doméstica y suicidio. Bolsonaro fue apoyado por empresas comerciales y algunos sectores de las iglesias evangélicas por temor a que se interrumpieran los servicios religiosos presenciales. Como resultado, la mayoría de los gobernadores y alcaldes implementaron apenas restricciones limitadas. En abril, cuando la OMS reportó más de un millón de casos de covid-19 en todo el mundo, el presidente brasileño trató de promover una cuarentena “vertical”, en la que solo se confinarían grupos de riesgo como los ancianos, en lugar de una cuarentena general, “horizontal”, que se ha practicado en muchos países del mundo. Inspirándose en una propuesta del primer ministro del Reino Unido, Boris Johnson, el presidente brasileño también argumentó que lo mejor era lograr la supuesta inmunidad colectiva lo antes posible. El presidente brasileño durante este período, en abril, fue ridiculizado en periódicos internacionales como un caso extremo de mala gestión. Varias organizaciones nacionales también criticaron duramente la propuesta de Bolsonaro, diciendo que iba mucho más allá del concepto de simple mala gestión. Abrasco, en un comunicado, respaldado por más de treinta organizaciones profesionales brasileñas, fue aún más severo al llamar a Bolsonaro enemigo de la salud del pueblo. El impacto de la pandemia en los grupos discriminados generó aún más críticas y en un estudio realizado al comienzo de la pandemia los investigadores encontraron cifras de hospitalizaciones y muertes de negros y pardos en Río de Janeiro significativamente más altas que entre los blancos. Mientras que en el barrio de clase alta de Leblon la covid-19 tenía una tasa de mortalidad del 2,4%, en la favela da Maré, por ejemplo, la mortalidad superaba el 30%. Estas diferencias evidentes continuaron. Sin embargo, fue difícil obtener información porque el gobierno decidió no recopilar datos sobre las diferencias raciales y étnicas en relación con la contaminación del coronavirus. La movilización de la Central Única de Favelas (Cufa) fue fundamental en la campaña de distribución de alimentos, material de higiene y difusión de información sobre el coronavirus y su propagación en las comunidades.

Mientras tanto, el gobernador de São Paulo, João Doria, se perfilaba como rival y crítico de la postura de Bolsonaro, mostrándose un administrador algo más racional e interesado en el futuro de su carrera política. Exigió planificación y coordinación entre las autoridades sanitarias del gobierno federal y los pares en los gobiernos de los estados y municipios. Además, impulsó el uso de mascarillas e impuso algunas restricciones a la población, todo esto a pesar de haber apoyado a Bolsonaro en las elecciones presidenciales de 2018.

Incluso hubo un intento de deshacer la asociación que en esas circunstancias se había formado. Doria y otros gobernadores que apoyaron medidas con base en la ciencia fueron criticados por Bolsonaro y aparecieron en noticias falsas, difundidas en las redes sociales, que asociaban la ciencia con meras opiniones políticas. China, por ejemplo, ha sido acusada de propagar intencionalmente la pandemia, convirtiéndose en un chivo expiatorio. Para Bolsonaro, la cloroquina proporcionaría una alternativa a las restricciones sociales, permitiéndole evitar negociar con otros actores que podrían haber ayudado a formar una respuesta coherente. Así que, en ese momento, siguiendo los pasos de Trump, se empezó a promover la cloroquina en Brasil. En junio, la OMS anunció que la hidroxicloroquina no reducía la mortalidad en pacientes hospitalizados con covid-19 y artículos periodísticos advirtieron sobre su posible toxicidad. Dos ministros de salud recomendaron que se hicieran más estudios antes de decidir aprobar o no el fármaco. Luego de sus declaraciones se retiraron o los retiraron del cargo. Los doctores Luiz Henrique Mandetta y Nelson Teich dejaron el ministerio, respectivamente, el 16 de abril y el 15 de mayo de 2020. El primero fue destituido, y el segundo dejó el cargo menos de un mes después de haber sido designado. Posteriormente, Bolsonaro nombró ministro al general de Ejército en servicio activo Eduardo Pazuello, sin experiencia en salud, en mayo de 2020. Pazuello pasó a seguir las órdenes de Bolsonaro sin dudarle y dijo que “uno manda y el otro obedece”. Esta transición de poder dentro del Ministerio de Salud ha fortalecido el esfuerzo en curso por militarizar el gobierno, incluida la colocación de oficiales en puestos clave en diferentes ministerios. En mayo, cuando asumió Pazuello, el número de casos confirmados de coronavirus en Brasil superó el millón, convirtiendo a Brasil en el segundo país en número de casos, siendo la covid-19 la mayor causa de mortalidad en el país. Contradiendo a la OMS, Pazuello rechazó el plan de vigilancia integral, optando solo por testear a los pacientes en los hospitales. Simultáneamente, Bolsonaro presionó a Anvisa, la agencia reguladora farmacéutica nacional, para que autorizara la cloroquina para la covid-19, destinó recursos públicos para difundir su uso y eliminó impuestos para su importación.

A fines de mayo de 2020, Abrasco y tres organizaciones científicas médicas y de la salud lanzaron el Frente pela Vida para responder a los complejos desafíos de la pandemia y a la mala gestión del gobierno para enfrentarla. Bolsonaro mantuvo la confrontación, reiteró su posición y trató de ocultar información al reclasificar las muertes por covid-19 como otras causas y dejando de publicar las cifras acumuladas de coronavirus, solo reportando los nuevos casos diarios y destacando la cantidad de personas recuperadas. En julio, ya habían muerto 65 mil brasileños por coronavirus. Ortega y Orsini (2020) señalan en artículo publicado en *Global Public Health* que existen desigualdades marcadas por raza y clase en Brasil, pero el énfasis estuvo en la ausencia y omisiones del gobierno de Jair Bolsonaro en el combate a la pandemia.

En septiembre, una nueva actitud frente a la administración pública, en relación al enfrentamiento a la pandemia, comenzó a dibujarse cada vez más claramente con la jurista Deisy Ventura, quien participó en un estudio colectivo que delineó con más fuerza los contornos de lo que podemos llamar de una forma de necropolítica atribuida a la administración de Jair Bolsonaro (Asano et al., set. 2020). Ventura señaló que existen elementos suficientes para investigar al presidente Jair Bolsonaro, así como a otros

funcionarios del gobierno, por crímenes contra la humanidad tanto en la corte penal internacional como en la justicia brasileña (Brum, 2020). A mediados de 2020, Abrasco, organizaciones populares y organizaciones políticas de izquierda adoptaron este concepto de necropolítica del politólogo y filósofo camerunés Achille Mbembe (2018) y abandonaron la suposición de que los problemas con las respuestas de Bolsonaro simplemente tenían su raíz en la mala gestión o en la omisión.

En diciembre de 2020, hubo un gran aumento de casos en Manaus y surgió una nueva variante de covid-19, ahora conocida como variante gamma. A los pacientes desesperados en hospitales abarrotados sin oxígeno, sedantes y ventiladores mecánicos suficientes se les dio ventilación manual, y a los que no pudieron salvarse se les dio morfina para reducir el dolor antes de morir. Enfermeras y médicos a menudo tenían que elegir quién se salvaría. A fines de 2020, dos vacunas ganaron la esperanza de políticos, periodistas y científicos en Brasil, la Coronavac, producida por la empresa china Sinovac Biontech en asociación con Butantan, un instituto estatal de São Paulo, y la AstraZeneca, desarrollada por la farmacéutica británica y sueca junto con Fiocruz.

Bolsonaro se dio cuenta de que las vacunas podrían ser una solución a estas acusaciones de mala gestión, sobre todo cuando el gobierno de São Paulo comenzó a avanzar y recibir insumos para la producción nacional de Coronavac en el Instituto Butantan. El 17 de enero de 2021, poco después de la aprobación de Anvisa, el gobierno de São Paulo aplicó la primera dosis de la vacuna contra el covid-19 en Brasil, ejerciendo presión sobre el gobierno federal. A finales de febrero, el covid-19 había matado a más de 250 mil personas en Brasil y aumentaron las acusaciones de mala gestión y, sobre todo, de necropolítica, haciéndose más visibles con el inicio de la vacunación en São Paulo.

Hablemos ahora del concepto de necropolítica en tres formas generales que estamos buscando observar y que surgieron junto con la pandemia. Esta idea de necropolítica ya era usada en Brasil antes de la pandemia, y en relación al covid-19, en general, podemos destacar tres significados. Los dos primeros pasan por problemas estructurales previos a la pandemia. El primero es la eliminación de los pobres por parte de la policía en las barriadas, en la llamada guerra contra las drogas, la detención masiva de afrodescendientes, el encarcelamiento masivo y el exterminio de los indígenas que viven de la agricultura de subsistencia en la Amazonía. Los contornos del término se utilizaron principalmente en estos casos. El segundo se asocia a un debilitamiento del compromiso del Estado en la prestación de servicios sociales. El problema de falta de oportunidad real de movilidad social, así como el ocultamiento de información sobre la población necesitada, sería una forma de evitar denuncias y acciones afirmativas. Y, por último, el tercer aspecto que se perfila más con la pandemia sería una decisión neoeugenésica, sobre quién debe morir y vivir en la pandemia, incluidas las minorías étnicas, los presos y los ancianos, proceso que se alía con la negación de la ciencia, de los derechos humanos y de la democracia. Según este razonamiento, las élites económicas que apoyan a Bolsonaro están convencidas de que muchos trabajadores pobres deberían morir para mantener actividades económicas rentables. Los infectados que sobrevivieron deberían, por lo tanto, continuar trabajando incluso con la ocurrencia de una contaminación generalizada y muertes prevenibles.

Quería finalizar con algunas conclusiones preliminares. En el caso de la idea de la necropolítica, se destaca una falta de integración entre el gobierno federal y los estados, un desajuste provocado por el primero para que no lleguen las vacunas, para evitar posibles negociaciones y vidas que se podrían salvar, pero, por otro lado, la vacuna tiene el aspecto de funcionar como una cierta “bala mágica”, porque la vacuna centraliza las atenciones y todas las demandas por solución de problemas estructurales. Esos problemas parecen encubrirse con la llegada de las vacunas vistas como una solución tecnológica prioritaria para combatir la pandemia, a pesar de que la pandemia reveló los problemas estructurales.

Además, hay una desigualdad en la distribución. Vemos una gran disparidad en la distribución y organización de las vacunas en Brasil. Como segundo punto, esta idea de mala gestión, en lugar de necropolítica, ha sido el término preferido que han utilizado los opositores de Bolsonaro, opositores alineados con la centro-derecha. La idea de la necropolítica pondría mucho una división de que varios sectores conservadores, o empresarios, estarían alentando para que se propague el virus, en el caso de una apertura o no adopción de un confinamiento. Entonces, el término “mala gestión” ha sido utilizado más por la derecha o la centro-derecha en oposición a Bolsonaro, quien a su vez representa a la extrema derecha en Brasil. Y la necropolítica se ha vuelto cada vez más popular entre los líderes comunitarios y de salud, y entre la izquierda.

## REFERENCIAS

ARGENTINA. Ministerio de Salud Pública Argentina. *Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de enfermería en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, jul. 2020. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado\\_de\\_situacion\\_de\\_la\\_formacion\\_y\\_el\\_ejercicio\\_profesional\\_de\\_enfermeria\\_ano\\_2020.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf). Acceso en: 20 jun 2021.

ASANO, Camila Lissa et al. *Boletim n. 10: direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil*. São Paulo: Universidade de São Paulo, set. 2020. Disponible en: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>. Acceso en: 31 jul. 2021.

BIERNAT, Carolina; CERDÁ, Juan Manuel; RAMACCIOTTI, Karina (dir.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2015.

BRUM, Eliane. “Há indícios significativos para que autoridades brasileiras, entre elas o presidente, sejam investigadas por genocídio”, entrevista com Deisy Ventura. *El País*, 22 jul. 2020. Disponible en: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-22/ha-indicios-significativos-para-que-autoridades-brasileiras-entre-elas-o-presidente-sejam-investigadas-por-genocidio.html>. Acceso en: 23 jul. 2022.

CORTÉS-MEDA, Alejandro; PONCIANO RODRÍGUEZ, Guadalupe. Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Boletín sobre COVID-19*, v.2, n.17, p.9-13, 2021.

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. Crisis sanitaria, política y social en Brasil. *Lasa Forum*, v.50, n.3, p.9-12, 2020.

ENTREVISTA a enfermera de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entrevistadora: Lucila Mezzadra. 14 jun. 2021. Archivo digital (60 min).

ENTREVISTA a enfermera de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entrevistadora: Karina Ramacciotti. 8 abr. 2021. Archivo digital (60 min).

FRASES DE AMLO y López-Gatell que marcaron pandemia de covid-19. *Político MX: la política explicada*, 26 feb. 2021. Disponible en: <https://politico.mx/minuta-politica/minuta-politica-gobierno-federal/frases-de-amlo-y-l%C3%B3pez-gatell-que-marcaron-pandemia-de-covid-19/>. Acceso en: 10 junio 2021.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberanía, estado de exceção, política da morte*. Trad. Renata Santini. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

ME CONTAGIÉ porque tengo que trabajar como millones de mexicanos: AMLO. *El Universal*, p.1, 8 feb. 2021. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/amlo-me-contagie-porque-tengo-que-trabajar-como-millones-de-mexicanos>. Acceso en: 15 jun. 2021.

OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Estadísticas en salud de México: actualización de estadísticas de Salud de la OCDE 2019*. Disponible en: <https://codigof.mx/estadisticas-en-salud-de-mexico-actualizacion-de-estadisticas-de-salud-de-la-ocde-2019/>. Acceso en: 14 jun. 2021. 3 oct. 2019.

OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. Washington, DC: OPS/OMS, 11 mar. 2021. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53381/EpiUpdate11March2021\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53381/EpiUpdate11March2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acceso en: 12 jun. 2021.

ORTEGA, Francisco; ORSINI, Michael. Governing COVID-19 without government in Brazil: ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, v.14, n.9, p.1257-1277, 2020.

RAMACCIOTTI, Karina (dir.). *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Editorial de la Universidad Nacional de José C. Paz, 2020. E-book.

UN ENFERMERO recuperado de coronavirus fue golpeado por vecinos y le incendiaron la casa en Neuquén. *Infobae, Diario Digital Argentino*, 20 jul. 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2020/07/20/un-enfermero-recuperado-de-coronavirus-fue-golpeado-por-vecinos-y-le-incendiaron-la-casa-en-neuquen>. Acceso en: 30 jul. 2021.

VALOBRA, Adriana. De Lilits, Evas y Adanes: género y ciencias sociales o de incomodidades, certezas y apuestas. *Zona Franca: Revista de Estudios de Género*, v.27, p.123-154, 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.35305/zf.v0i27.101>. Acceso en: 30 jul. 2021.

