

Todxs deberíamos estar indignadxs, pero la indignación no es una palabra suficientemente fuerte | Boletín 4 (2021)



Mahmoud Sabri (Irak), *Death of a Child* [La muerte de un niño], 1963.

Estimados amigos y amigas,

Saludos desde las oficinas del **Instituto Tricontinental de Investigación Social**.

Algún día el mundo estará libre del coronavirus. Entonces, recordaremos estos años de miseria infligida por un virus con proteínas de punta que se ha llevado millones de vidas y ha mantenido la vida social en sus garras. Se debatirá mucho sobre el origen del virus y sobre la rapidez con que se propagó por todo el mundo, una transmisión que muestra cuán estrechamente interconectados estamos debido a las tecnologías modernas de transporte. No hay vuelta atrás con los procesos que continuarán encogiendo el mundo, acercándonos más y más, dándole a otros virus y enfermedades una población huésped cada vez más grande. Volcarnos hacia adentro no es una solución frente a las olas de contagio que nos han precedido —desde las plagas de la temprana modernidad hacia adelante— ni frente a las que vendrán. Aún no contamos con un método que erradique la posibilidad de algo como el coronavirus. Nuestro foco debe ser cómo protegernos.

¿En algún momento aprenderemos lecciones de la última pandemia o, después de un momento de alivio, volveremos a avanzar con la arrogancia de la victoria hacia la próxima catástrofe? La epidemia de influenza de 1918 se propagó justo después de que terminara la Primera Guerra Mundial, cuando las tropas volvieron a sus hogares portando el virus, lo que produjo la muerte de entre 50 y 100 millones de personas. En su **libro** *El jinete pálido: La gripe española de 1918 y cómo cambió el mundo* (editado primero en inglés en 2017), la historiadora Laura Spinney escribió que, cuando la pandemia terminó, no hubo “ningún cenotafio, ningún monumento en Londres, Moscú o Washington DC. La gripe española se recuerda de un modo personal, no colectivo; no como un desastre histórico, sino como millones de tragedias discretas, privadas”.

Aunque puede que no haya habido un memorial en Moscú por la lucha contra la pandemia, la recién formada Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) **desarrolló** rápidamente una infraestructura de salud pública. El gobierno soviético consultó con la comunidad médica y desarrolló sistemáticamente una respuesta popular frente a la influenza y un plan de salud pública. El higienista soviético, activista sanitario y fundador del sistema nacional de educación en salud, A. V. Molko, **sostuvo** que la medicina “en su concepción moderna, aunque no se distancia de sus fundamentos biológicos y de su base en las ciencias naturales, es por naturaleza y por sus objetivos un problema sociológico”. A partir de ese momento, los soviéticos pidieron a las facultades de medicina que crearan al “médico del futuro”, quien necesitará “una sólida preparación en ciencias naturales”, “suficiente bagaje en ciencias sociales para comprender el contexto social”, y “la capacidad de estudiar las condiciones ocupacionales y sociales que producen enfermedades, no solo para curarlas, sino para sugerir formas de prevenirlas”. La URSS fue el primer país en establecer un sistema de salud pública.



Riam (URSS), *The Life of Peoples of the Soviet and Capitalist East* [La vida de los pueblos orientales soviéticos y capitalistas], 1927.

La idea de salud pública tiene una historia que se remonta siglos atrás, pero las nociones tempranas sobre salud pública tenían menos que ver con la salud de toda la población y más con la erradicación de enfermedades. Si esto significaba que las personas pobres cargaran con el peso, que así fuera. Esta antigua concepción jerárquica de la salud pública sigue viva en nuestra época, especialmente en los Estados con gobiernos burgueses que tienen un compromiso mayor con las ganancias que con las personas. Pero la idea socialista de salud pública —de que las instituciones sociales y estatales debe enfocarse en la prevención de enfermedades y en romper la cadena de infección— creció con fuerza desde el siglo XIX y hoy mantiene su vigencia.

Tras la epidemia de influenza de 1918, se estableció un comisión epidemiológica en Vienna, Austria. Este tipo de iniciativa se transformaría en una parte clave de la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones (1920). Pero la agenda de la Liga fue limitada por el dominio colonial sobre gran parte del planeta y por el control que tenían las grandes empresas médicas privadas sobre los países gobernados por sus burguesías. Incluso la formación en 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la primera agencia especializada de las Naciones Unidas, estuvo restringida por la mentalidad colonial y capitalista, a pesar de que los tres principales promotores de la OMS —Szeming Sze (China), Geraldo de Paula Souza (Brasil), y Karl Evang (Noruega)— no provenían de las grandes potencias coloniales.

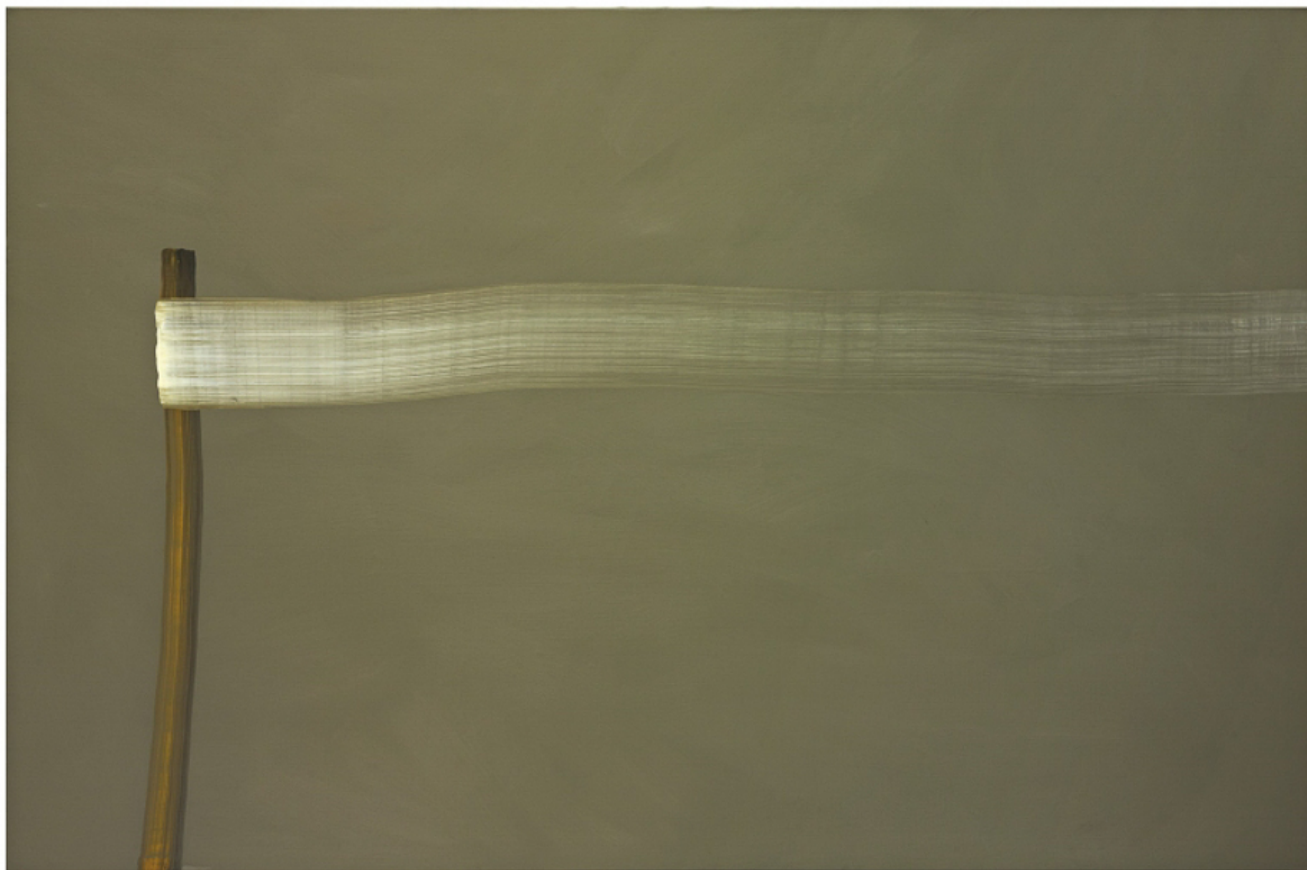


La lucha dentro de los países y en la OMS para democratizar la atención sanitaria se profundizó en las tres décadas que siguieron a la formación de las Naciones Unidas en 1945. Los países del Tercer Mundo que crearon el Movimiento de Países No Alineados en 1961 y el Grupo de los 77 en la ONU en 1964, impulsaron una agenda por un régimen internacional de salud pública y por mayores recursos para el sector en vez de la privatización de la atención sanitaria. Este debate alcanzó su punto más álgido en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978. La **Declaración de Alma-Ata** contiene la mejor declaración en defensa de la salud pública que haya sido adoptada por los

gobiernos del mundo. Además de destacar la importancia de la salud pública en general, la Declaración señala las grandes disparidades entre los países del bloque imperialista y los del Tercer Mundo. Vale la pena revisar el punto VII, que indica que la atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

Hay muy poco de la Declaración de Alma-Ata que deba ser modificado. Debemos volver a ponerla en la agenda.



Song Hyun-Sook (Corea), 2 Brushstrokes [Dos pinceladas], 2012.

La crueldad con que los gobiernos burgueses han manejado la pandemia evidencia la necesidad de una investigación sobre su actitud criminal. La semana pasada, Noam Chomsky y yo escribimos una reflexión a propósito de noticias que llegaban de Brasil, aunque bien podrían haber sido de India, Sudáfrica o Estados Unidos. Acá está nuestra **nota**:

Las advertencias de que el suministro de oxígeno se estaba agotando en la ciudad brasileña de Manaus, llegaron a funcionarios del gobierno local y federal una semana antes de que la calamidad provocara la muerte por asfixia de pacientes afectados por COVID-19. Ningún estado moderno —como Brasil—, debería tener que admitir que no hizo nada cuando llegaron estas advertencias y que simplemente permitió que sus ciudadanos murieran sin motivo.

Un juez de la Corte Suprema y el procurador general exigieron que el gobierno brasileño actúe, pero esto no conmovió a la administración de Jair Bolsonaro. Todo en esta historia —detallada en **el informe del procurador general José Levi do Amaral**— revela la podredumbre de la privatización y la incompetencia. Los funcionarios de salud locales **sabían desde principios de enero** de la inminente escasez de oxígeno, pero su advertencia no tuvo peso. Un contratista privado que tenía la tarea de proporcionar el oxígeno informó al gobierno seis días antes de que

la ciudad se quedara sin este suministro crucial en la lucha contra el COVID-19. Incluso con la información del contratista, el gobierno no hizo nada. Más tarde diría —en contra de todos los consejos científicos— que el tratamiento temprano para el coronavirus no funcionó. La insensibilidad e incompetencia del gobierno de Bolsonaro han llevado al Fiscal General Augusto Aras a convocar una **investigación especial**. Mientras Bolsonaro vacilaba, el gobierno de Venezuela, en un acto de solidaridad, **envió un cargamento de oxígeno a Manaos**.

El desarrollo de los acontecimientos causado por la mezcla tóxica de privatización, ineptitud e insensibilidad del gobierno debería fortalecer **el caso presentado por los sindicatos de salud de Brasil contra Jair Bolsonaro** en el Tribunal Penal Internacional (ICC por sus siglas en inglés) en julio. Pero el problema no solo es culpa de Bolsonaro o incluso de Brasil. El problema radica en los gobiernos neoliberales, los gobiernos de Estados Unidos, el Reino Unido, la India y otros gobiernos cuyos compromisos con el lucro empresarial y los multimillonarios superan con creces su compromiso con sus propios ciudadanos o con sus propias constituciones. Lo que estamos viendo en países como Brasil es **un crimen de lesa humanidad**.

Es hora de crear un tribunal de ciudadanos para investigar el absoluto fracaso de los gobiernos de Boris Johnson, Donald Trump, Jair Bolsonaro, Narendra Modi y otros para romper la cadena de la infección por COVID-19. Dicho tribunal recopilaría la información fáctica que garantizaría que no permitamos que estos estados alteren la escena del crimen; el tribunal proporcionaría a la ICC una base firme para realizar una investigación forense de este crimen de lesa humanidad cuando se alivie su propia asfixia política.

Todos deberíamos estar indignados. Pero la indignación no es una palabra lo suficientemente fuerte.



Natalia Babarovic (Chile). *La última mujer en la tierra*, 2011.

Un **informe** reciente sugiere que el gobierno de Bolsonaro implementó una estrategia para permitir la libre transmisión del virus. Todo esto será parte de la evidencia para el tribunal ciudadano. No debemos permitir que se instale la amnesia. Debemos recordar y debemos construir ideas como las que están en la Declaración de Alma-Ata.

Cordialmente, Vijay.



Yo soy Tricontinental:

Daniela Schroder. Traductora, Oficina Interregional.

He estado traduciendo del inglés al español los boletines semanales y otros documentos del Instituto Tricontinental. También estoy avanzando en mi investigación doctoral sobre publicaciones del movimiento feminista y de mujeres contra la dictadura en Chile. Además he estado participando en las movilizaciones y organización política en la Coordinadora Feminista 8M. Todo esto acompañada de mi nueva gatita Lucha.