



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 2 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p181-203

La máquina de guerra capitalística en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal, lo privado y lo común

Máquina de guerra capitalística no contexto da pandemia: o público, o estatal, o
privado e o comum)

Celia Iriart

Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP), Profesora Emérita *College of Population Health, University of New Mexico*;
Pesquisadora Convidada *Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidade de Buenos Aires. CABA, Argentina.*

E-mail: ciriart@gmail.com;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2329-9629>

Emerson Elias Merhy

Médico Sanitarista, Professor Titular de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, Brasil.

E-mail: emerhy@gmail.com;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7560-6240>

Resumo: O artigo problematiza conceitos chaves para repensar a situação que a pandemia colocou em evidência de maneira maciça. Tal é o caso das inequidades intra e inter países, as vidas que têm valor e as que não têm, a destruição de Gaia com crises climáticas e ambientais cada vez mais intensas, entre muitas outras. Isto nos levou a analisar as limitações de certos conceitos para avançar nos caminhos que nos permitam valorar a vida de todes, humanes e não humanes, deter a destruição de Gaia e apontar a construção de um mundo mais solidário onde todes tenham o mesmo direito de viver plenamente. Estes conceitos são os do estado em sua concepção ligada ao estado de bem-estar e o de soberania nacional, para desde aí redefinir o público, o estatal, o privado e o comum. Termos cujo significados têm se naturalizado segundo conceitos e contextos históricos, que pouco tem a ver com os processos instaurados pelo neoliberalismo há mais de quatro décadas. A transnacionalização das corporações e o poder que acumularam, ainda maior que os dos países mais ricos, deve nos levar a repensar o mundo que vivemos na direção de buscar linhas de fuga, que apontem ao reconhecimento das potências dos movimentos sociais urbanos, dos povos originários, das mulheres, dos grupos LGBTQIA+ e outros grupos que têm mostrado capacidade para enfrentar a pandemia ante a ausência do estado na defesa de qualquer vivente e de sua ação necropolítica.

Palavras-chave: Pandemia Covid-19; Modelo Biomédico; Estado e Soberania; Saúde e Direitos Sociais; Movimentos Sociais.

Abstract: The article problematizes key concepts to re-evaluate the situation that the pandemic has explicitly revealed. Such is the case of intra and inter country inequities, lives that worth more than others, the destruction of Gaia with increasingly intense climatic and environmental crises, among many others. This led us to analyze the limitations of certain concepts to advance paths that allow to value the lives of all, humans and non-humans, stop the destruction of Gaia, and aim to build a more supportive world where everyone has the same right to live fully. These concepts are that of the state in its conception linked to welfare states and the national sovereignty, with the objective of redefining the public, the state administration, the private and the common from there. Terms whose meaning has been naturalized based on conceptions and historical contexts that have little to do with the

processes established by neoliberalism for more than four decades. The transnationalization of corporations and the power they have accumulated, even greater than that of the richest countries, should lead us to rethink the world in which we live and look for lines of flight that point to the recognition of the power of urban social movements, indigenous peoples, women, LGBTQIA+ groups, and other groups that have shown their ability to confront the pandemic in the absence of the state in defense of any living being and its necropolitical actions.

Keywords: Pandemic Covid-19; Biomedical Model; State and Sovereignty; Health and Social Rights; Social Movements.

Situando el problema

Cuatro décadas de neoliberalismo en los países latinoamericanos profundizaron radicalmente el capitalismo del extractivismo de recursos públicos (vía la administración de fondos destinados a la seguridad social, a la atención de la salud, a las redes de protección social, entre otros), y de bienes comunes (explotación minera, petrolífera, agrícola, acuífera, urbanizaciones privadas en tierras públicas y tantos más). Estos recursos son drenados hacia sectores privados concentrados, cuya nacionalidad poco importa y la localización de sus oficinas centrales tampoco porque acumulan en paraísos fiscales, muchos de los cuales están ubicados en los países ricos, como los que operan en el estado de Delaware en los Estados Unidos. Este extractivismo generó el aumento exponencial de la concentración de la riqueza y su contrapartida, el crecimiento también exponencial de la pobreza y la indigencia en sociedades que ya eran estructuralmente desiguales desde sus orígenes coloniales y posterior configuración de los estados nacionales en manos de las oligarquías locales.

Desde comienzos de este siglo la emergencia y posterior crecimiento de la tecnología de redes sociales implicó sumar otro extractivismo, el de los datos privados de las personas hacia las mega corporaciones que lucran con ellos, mientras nos despojan de nuestra intimidad y nos moldean la subjetividad. El capitalismo neoliberal no quiere menos gasto estatal, al contrario quiere más, quiere un estado menos regulador, un estado que extraiga los recursos del conjunto de la sociedad para la apropiación privada. No quiere asumir los riesgos, sólo beneficiarse de capturar y administrar los recursos que las sociedades ponen en común.¹

Bill Gates, considerado por muchos sectores como un buen samaritano, lo expresó recientemente con absoluta claridad. Con planteos apocalípticos y atemorizadores para el público, indicó que la próxima pandemia será diez veces peor que la actual, y que para enfrentarla deben

desarrollarse medicamentos, vacunas, pruebas diagnósticas, y mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica y seguimiento de los potenciales propagadores. Vigilancia epidemiológica y seguimiento implica el uso de tecnologías informáticas de captura de datos y control poblacional, y gran negocio para el capital de los gigantes de la tecnología informática. Nada de mejorar las condiciones de vida y trabajo, cambiar las formas de producción capitalística destructivas de la naturaleza, incluido los humanos en ella. También declaró que para frenar una nueva pandemia los gobiernos deberán invertir decenas de millones de dólares por año y generar un enfoque global coordinado.² Si analizamos sus recientes declaraciones en contexto con el accionar de su fundación y la de otros grupos filántropo-capitalistas³ podemos decir que según sus propuestas la humanidad debe subordinarse a grupos de expertos, entre los que se incluye, para evitar el desastre. Según su discurso, que deja de lado que la causa de estos desastres es justamente el capitalismo que promueve, los sistemas de gobernanza global, con instrumentos de control biopolítico, serían los únicos capaces de mantenernos a salvo de pandemias y desastres apocalípticos.

Estos discursos lamentablemente atrapan a muchos incautos que celebran que los megamillonarios del mundo se ocupen de nuestros destinos. Sin embargo, la pandemia expresa lo que el capitalismo extractivista y depredador es capaz de producir, y la capacidad de las transnacionales para aprovechar las situaciones. Así vemos que los sectores que más ganaron con la pandemia fueron los de tecnología informática y los que generan negocios financieros. Otros sectores que ganaron ingentes sumas son los que acumulan en el espacio sanitario, ya sean sistemas de seguros privados (planes, prepagos y otras denominaciones según los países), y prestadores privados (grandes hospitales y clínicas) no dedicados a tratar la Covid-19, que quedó fundamentalmente en manos del sector estatal de forma directa o vía pago a los privados.

Los prestadores privados, ante la merma de consultas por las patologías crónicas e intervenciones programadas con las que lucran, reclamaron subsidios de parte de los estados y los obtuvieron.⁴⁻⁷ Otros ganadores fueron los grandes conglomerados de diagnóstico y tratamiento tal como se observa en Estados Unidos y Brasil, donde fueron los dueños de algunas de estas empresas los que acumularon más riqueza en el 2020.⁸ Por supuesto que también ganaron enormes sumas las gigantes de la industria médica, los productores de medicamentos que de poco o nada sirvieron, o las farmacéuticas que desarrollaron vacunas con enormes subsidios públicos por compras anticipadas de los estados o apoyo financiero para la investigación, desarrollo y estudios clínicos para determinar la

eficacia y seguridad de las vacunas.⁹ Los mercados bursátiles marcaban el ritmo de sus ganancias desmesuradas al subir el precio de sus acciones ante atisbos de que podían ayudar a tratar o prevenir la Covid-19.¹⁰ Y así podríamos encontrar muchos otros que lucran con esta desgracia global, como lucran y han lucrado con tantos otros desastres, la mayoría de las veces de manera menos evidente para muchos, por quedar encapsulados en los países más empobrecidos y/o en los grupos más vulnerados de todos los países.

La pandemia desnudó para el público masivo las flagrantes inequidades en el acceso a bienes y servicios, no sólo los vinculados a la atención de la enfermedad y la consecuente carga de muerte, sino en el acceso al agua potable, a alimentos, a vivienda digna, a espacios ambientalmente seguros, a las comunicaciones que requerían internet, a la educación, al cuidado de niños, de adultos mayores, de personas con discapacidades o con sufrimiento psíquico, a la protección de personas afectadas por violencias de género y abuso infantil, y tantas otras más. Sin embargo, la respuestas preventivas fueron diseñadas para los sectores de clases medias y altas. Aislamiento domiciliar, higiene y distanciamiento social. Prácticas que como vimos eran imposibles de cumplir en los territorios donde vive la población vulnerada latinoamericana. Esta fue la respuesta a la pandemia de los gobiernos en general, e incluso de los que podemos considerar que abogan por ampliación de derechos e inclusión social.¹¹

A nivel de la oferta asistencial la respuesta también se concentró mayoritariamente en el aumento, con mejores o peores resultados según los países, de la alta complejidad con camas de terapia intensiva y respiradores. No se apostó, usando tecnologías muy baratas (listado de detección de síntomas y signos, termómetros, oxímetros y equipos de protección personal), al trabajo territorial para reconocer los casos al inicio de la enfermedad, aislarlos en condiciones adecuadas para los diversos sectores sociales, y entregar alimentos, elementos de higiene y protección para los vastos sectores que en Latinoamérica carecen de ellos.¹² Se pusieron dispensadores de alcohol en gel en algunas ciudades latinoamericanas en las plazas y calles donde transitan predominantemente las clases medias y altas, pero no se pusieron en los barrios con más necesidad donde sus habitantes no lo pueden comprar.

Otras respuestas que se dieron fueron las ayudas económicas, que también fueron escasas y absolutamente inequitativas, se ayudó en varios países a las personas incluidas dentro del sistema de registro gubernamental, dejando millones fuera de ellas ya que, en Latinoamérica, el nivel de precariedad e informalidad laboral abarca porcentajes altísimos de la población, por lo que quedaron muchísimas personas sin ninguna ayuda.¹³ Se apoyó desde el estado a las empresas para pagar a sus

empleados, se disminuyeron o eliminaron cargas fiscales, aún de grandes corporaciones con capitales muchas veces mayores a los detentados por los estados.¹⁴ En esas ayudas, como señalamos arriba, también fueron priorizados los prestadores privados de salud, que vieron disminuir sus ingresos por falta de consultas para las enfermedades que normalmente atendían y con las que sobre prestan y realizan ganancias, tal el caso de las crónicas y los controles preventivos de personas sanas.^{6,15,16}

En los Estados Unidos se detectaron que las ayudas de miles de millones de dólares que llegaron a los grandes hospitales, fueron a engrosar sus apuestas en el mercado financiero, mientras daban de baja a trabajadores de salud o le reducían horas en sus contratos por falta de actividad. Al mismo tiempo cerraban hospitales públicos rurales por falta de recursos para atender la demanda creciente de casos. Entonces, había trabajadores de salud mal pagos y mal equipados haciendo frente a la demanda de casos Covid-19 en hospitales carentes de recursos asistenciales, mientras que los grupos financieros que controlan grandes hospitales aumentaban sus ganancias limitando su actividad ante los efectos de la pandemia.¹⁷ Esto también pasó en los países latinoamericanos, aunque claro a otra escala económica.^{6,18} En Brasil, el gobierno de Bolsonaro, en un actitud necropolítica y de alianza con capital, apoyó las acciones de una empresa de planes prepagos de salud, Prevent Senior, que obligaba a los profesionales que se desempeñaban en sus prestadores propios a que indicaran tratamiento ambulatorios en casos Covid-19 con hidroxiclороquina y otros fármacos no probados o iatrogénicos (el kit Covid formado por ocho medicamentos y suplementos) con la finalidad de disminuir las internaciones en las terapias intensivas y así bajar los gastos y asegurar los márgenes de ganancias a sus accionistas.¹⁹

Ante esta situación es importante que analicemos cuáles ha sido las respuestas de los colectivos que disputan otra mirada del mundo, una donde la vida de todos los vivientes incluidos los humanos importa, donde la defensa de la vida de los grupos vulnerados es central y donde la expansión de derechos e inclusión en todos los aspectos de la vida individual y colectiva sea la norma y no la excepción. Inclusión que no se base en un consumismo de productos y servicios de reposición permanente, manejado por las usinas de creación de supuestas necesidades y deseos efímeros que dan grandes ganancias al capital concentrado. Muy por el contrario, planteamos una inclusión que respete las diversidades y sirva para un desarrollo de la vida en armonía con el resto de los vivientes, con aire respirable, aguas no contaminadas, y cuidado de otros elementos de Gaia, que tal como están ahora nos están enfermando.

Respuestas ciertos grupos críticos

En lo que hace al sector salud muchos análisis siguen planteando los términos de la situación en base a categorías que definen lo estatal, lo público y lo privado basadas en conceptualizaciones desarrolladas en otros siglos, y que respondían a formas de acumulación del capital y luchas político-gremiales que la explotación capitalista imprimía en otros tiempos. Estas disputas entre el capital y el trabajo implicaron formas organizativas sociales, estatales y de representación política que se configuraron en base a estos procesos. El modelo de acumulación capitalista y las formas de producción requerían de muchos trabajadores, por lo cual el estado cumplía un papel central en mantener a las poblaciones laborales activas en buenas condiciones de salud para su rápida incorporación a la fuerza de trabajo. Es así como los llamados estados de bienestar usaron diversos modelos para organizar la atención de salud y los desarrollaron según las pujas distributivas propias de cada país. Así tuvimos modalidades de servicios de salud financiados y provistos por el estado; otras basadas en la seguridad social financiada por la población laboral activa, con administración estatal y provisión de servicios propios de la seguridad social; y otras donde lo estatal, la seguridad social y lo privado convivían tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios.

En América Latina, en particular en los países que desarrollaron algún grado de industrialización, también se instituyeron formas de estados de bienestar que, como sus democracias y economías, se constituyeron de manera dependiente y subordinada a los modelos impuestos por las economías centrales. La concepción salud-padecimiento-atención y la organización de los sistemas y servicios de salud reflejan también esta dependencia y colonialidad. La ciencia consagrada y la organización de los sistemas y servicios son un reflejo de lo que viene de las usinas europeas y estadounidenses. La organización de las áreas sanitarias gubernamentales y los servicios asistenciales se organizan siguiendo modelos acordes con un modelo médico hegemónico centrado en la atención hospitalaria, con alto consumo de procedimientos, medicamentos y otros dispositivos médicos, atención individual y muchas veces iatrogénica, que alimenta el círculo de la enfermedad y el consecuente consumo médico.¹⁶

Desde sectores críticos a estas formas de dar cuenta del padecimiento sanitario se ha planteado la atención en el primer nivel en sus diversas denominaciones (APS, atención básica, atención territorial, clínica ampliada, etc.) como la alternativa a la centralidad del hospital y a un modelo médico centrado

en la enfermedad. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, esto no hizo más que reproducir el mismo modelo de atención basada en diagnósticos sintomáticos, consumista de medicamentos y procedimientos, pero en general con menos recursos, dando lugar, en muchos casos, a lo que Mario Testa llamó “atención primitiva de la salud”.^{11,20} Mayoritariamente, no se han integrado otros saberes y cosmovisiones del mundo y de las diversidades que habitan los territorios, sólo se les dio cierto acceso a la misma medicina y salud pública, aunque la mayoría de las veces empobrecida.

Muchos de los sectores preocupados por la salud de los más vulnerados cayeron en una especie de resignación posibilista en la que se defiende la gratuidad y accesibilidad de estas personas a servicios empobrecidos y reproductores del modelo, dejando en manos del capital a aquellos que aún pueden afrontar pagos de bolsillo para tener un plan de seguro privado, de una institución de la seguridad social, de un prestador o grupo de prestadores, o directamente pagar de su bolsillo las prestaciones. Esto es avalado desde las usinas del pensamiento tecno-sanitario-financiero, tal el caso de la OPS/OMS, Banco Mundial y muchos gobiernos que apuntan a un modelo de seguros, donde el estado subsidie a los más pobres y los otros paguen algún tipo de cobertura financiera. La Cobertura Universal de Salud impulsada por la OPS, con su plan estratégico aprobado por todos los gobiernos de las Américas en 2014 y operacionalizada por el Banco Mundial vía los préstamos para las reformas, es un claro ejemplo de esto.²¹ El objetivo de estos planteos, encubiertos por la ideología neoliberal con el uso de términos cooptados de discursos enrolados en el pensamiento crítico, tal el término universal, no es dar mejores condiciones de atención a los padecimientos del conjunto de los habitantes de un país, sino garantizar el negocio al capital que acumula en el sector salud, asegurándole una ingente cantidad de financiamiento proveniente en su mayoría de los aportes del conjunto de la sociedad que administran los estados. La noción de Cobertura Universal de Salud se contrapone a la propuesta de sistemas universales de salud defendida por movimientos sociales y gobiernos que consideran a la salud un bien público por excelencia, donde el usufructo privado no debe tener cabida.

Lo que estos discursos de supuesta protección y ampliación de derechos vinculados a dar servicios de atención médica encubren, es que el neoliberalismo realiza una apropiación de lo público en el espacio sanitario (como en otros) para la acumulación privada de grupos localizados en diversos puntos del planeta. Lo que se debería cuestionar es la redistribución absolutamente inequitativa de los recursos públicos que manejan los estados y las formas colonizadas que se instituyen para atender los padecimientos de las poblaciones. Para ello es indispensable repensar el estado-nación heredado del

colonialismo europeo y los conceptos que desde posiciones críticas ya sean marxistas o socialdemócratas se han utilizado para pensar el estado, lo público, lo privado, y su relación con la sociedad y lo común.

Estado-nación y soberanía: una fórmula puesta en jaque

En el período previo a la instauración del neoliberalismo, el estado-nación era funcional al desarrollo capitalista. La soberanía de los estados era algo reivindicado y si bien los países dominantes ejercían poder sobre los más débiles, eran disputas entre estados nacionales que, en las Américas, se remontan a la época de las independencias. Estados que fueron contruidos a imagen y semejanza del pensamiento colonial europeo, desconociendo las realidades de los pueblos que existían en las Américas antes de la colonización europea, de los que fueron traídos a estas tierras vía la esclavitud y vía el fomento a la inmigración, mayoritariamente propuesta por los sectores dominantes para “blanquear” o “europeizar” a las poblaciones americanas.

Desde hace al menos cuatro décadas lo que se observa es un crecimiento del poder económico de las corporaciones transnacionales y de su capacidad para definir políticas globales y locales. Las denominamos transnacionales porque la ubicación geográfica de sus casas matrices, muchas de las cuales están en los países ricos, no define que actúen en consonancia con los gobiernos de esos países. Su lógica de acumulación no reconoce estas fronteras, ya que fijan sus domicilios fiscales donde es más conveniente para evadir el pago de impuestos y así aportar menos a la riqueza colectiva. Paraísos fiscales, cuentas offshore, y muchas otras modalidades que dificultan el control por parte de los estados nacionales, aún de los más poderosos, se han multiplicado exponencialmente facilitados por la revolución tecnológica informática y comunicacional, y la intensa financierización del proceso de acumulación del capital altamente concentrado a nivel mundial.

Los gobiernos no parecen tener suficiente poder frente a esta avaricia de los grandes conglomerados transnacionales, cuyos accionistas muchas veces ni siquiera son personas físicas, sino grupos de inversión que manejan fondos de terceros, como el caso del grupo BlackRock que administra una masa de capital que sólo los PBIs de Estados Unidos y China sobrepasan. Fondos que son acreedores de los países cada vez más endeudados, y son los principales accionistas de corporaciones como Pfizer, Bayer/Monsanto, entre otras. El fondo de inversión BlackRock es dueño de 17 mil empresas.²² Más aún,

una reciente publicación periodística del *New York Times* revela que el Secretario del Tesoro y el Jefe de la Reserva Federal de los Estados Unidos consultaron, en reiteradas oportunidades desde el inicio de la pandemia, a Peter Fink, principal administrador de este fondo de inversión, para definir un paquete de ayuda al sector financiero del que este grupo fue beneficiario. Si bien esto fue durante la administración de Trump, esta misma fuente informa que el gobierno de Biden mantiene una estrecha ligazón con este poderoso grupo, ya que nombró en posiciones gubernamentales de alto nivel ligadas al manejo de las políticas financieras, a ejecutivos que se desempeñaban en BlackRock.²³ La concentración de poder económico-financiero y el control de las comunicaciones y de la extracción de datos personales y colectivos de empresas como Google, Facebook y Amazon llevó a Varoufakis a plantear el concepto de tecno-feudalismo.¹

Los profundos cambios que se van consolidando en las últimas cuatro décadas y que llevaron a la instauración del neoliberalismo, permearon los procesos económicos de acumulación y distribución del capital en favor de los sectores privados concentrados que tienen acceso al manejo de los bienes públicos y a información privilegiada sobre oportunidades de negocios. En América Latina se observa que desde la implantación del neoliberalismo a partir de los setentas y pese a la emergencia de gobiernos que propiciaban políticas más inclusivas y de ampliación de derechos a partir de los 2000, la tendencia neoliberal no fue estructuralmente jaqueada.

Sectores críticos al neoliberalismo en el espacio sanitario plantean la necesidad de reinstaurar los modelos sanitarios del estado de bienestar. Estos sectores tienden a pensar que se puede recolonizar el estado neoliberal y generar alternativas democratizadoras y redistributivas desde gobiernos que generen políticas inclusivas y de defensa de los derechos de las mayorías. Lo que trasluce este pensamiento es que se concibe al estado como una maquinaria neutral que opera obedeciendo a las políticas gubernamentales de turno en el plano nacional, por lo que si éstas son más inclusivas y de defensa del derecho a la salud, las tecnoburocracias actuarán en pos del bien común. Es decir, parecen desconocer que los intereses del capitalismo concentrado han permeado los aparatos estatales impidiendo la aplicación de leyes, regulaciones y controles que puedan ir en contra de sus intereses o, sin llegar a afectarlos directamente, pretendan una mínima redistribución en favor de los sectores vulnerados. No se trata simplemente de cambiar a funcionarios de dirección y aplicar políticas de ampliación de derechos. La colonización de los aparatos estatales por la máquina capitalística mundial que se viene realizando desde los setentas en la mayoría de los países, aún en aquellos que tenían

mayor autonomía para definir sus políticas e imponerlas al resto, sólo ha crecido hasta observarse lo que vimos anteriormente sobre el fondo BlackRock y su injerencia en el gobierno de los Estados Unidos, o en el dominio casi planetario de las empresas de tecnología informática y comunicacional, y de las de insumos médico-sanitarios, como la situación de la pandemia tornó evidente. De más está subrayar el poder que tienen para moldear las decisiones de los estados en los países con estructuras más frágiles y permeables.^{22,23}

Lo estatal, lo público y lo privado en el sector salud

El imaginario colectivo incluyendo, en muchos casos, el de quienes gestionan, investigan y producen conocimiento en el campo sanitario, asimila lo público a lo estatal, e incluso a la idea de que sus intervenciones representan el bien común. Sin embargo, lo que se puede observar desde hace décadas es que hay una distribución regresiva de los bienes públicos entendidos como los pertenecientes al conjunto de quienes residen en un país, cualquiera sea su nacionalidad y estatus legal¹. La concentración de la riqueza medida de diversas formas muestra esto en la mayoría de los países latinoamericanos, siguiendo la tendencia mundial.²⁴ Situación que la pandemia aumentó exponencialmente.

Una reflexión sobre el significado de lo público, lo estatal y lo privado parece oportuna en este momento en que la pandemia nos revela la necesidad de repensar conceptos cuyo significado naturalizamos. Para empezar a diferenciar lo estatal y lo público empecemos por reflexionar como recauda el estado los fondos que le permiten desarrollar sus actividades y las políticas gubernamentales que pueden ser más o menos inclusivas dependiendo de las representaciones partidarias que estén al frente de los gobiernos nacionales/federales, provinciales/estatales o municipales. Para realizar este ejercicio proponemos concentrarnos en el espacio sanitario y hacernos esta pregunta: ¿Cómo obtienen los estados los fondos para financiar el funcionamiento de los servicios de salud, para la compra de vacunas, medicamentos, equipamientos hospitalarios y de protección personal, el pago a los trabajadores, los subsidios a la seguridad social o a los privados, así como numerosos otros requerimientos de fondos que implica que los estados puedan dar servicios al público, y no sólo de salud, sino de todo lo que sostiene la vida colectiva (educación, seguridad, higiene pública, vivienda, urbanización, etc.)?

Estos fondos se recaudan por: a) los impuestos que pagan todos los residentes de un país vía impuestos directos e indirectos (personales, al consumo, a las actividades económicas y financieras, a la propiedad, entre otros). Impuestos que son altamente regresivos en las sociedades actuales, ya que en términos relativos son los sectores más empobrecidos quienes pagan más debido a que son los impuestos al consumo los que tienen una carga alta, los más universales y difíciles de evadir por el consumidor (impuesto al valor agregado que llega al 21% por ejemplo en Argentina); b) la administración de bienes de propiedad colectiva (mal llamada propiedad estatal), tal como empresas que producen bienes (petroleras, gasíferas, mineras, entre otras), empresas que proveen servicios (transportes, puertos, etc.), entidades financieras estatales, cobros por servicios que brinda el estado (tasas de alumbrado, recolección de residuos y limpieza, etc.); c) la explotación de tierras y aguas públicas (lagos, mares, ríos); d) las deudas que contraen los estados en todos sus niveles y que debe ser pagada por el conjunto de la sociedad; e) la emisión de moneda. Estas son, entre otras, las formas que los estados tienen de obtener fondos para hacer frente a sus actividades, es decir, el estado administra fondos y bienes del público.

Lo mismo sucede con la seguridad social y el sector privado. La seguridad social, en los países que la tienen como un área diferenciada, compone sus ingresos de los fondos de las llamadas cargas sociales (salario directo e indirecto o salario diferidoⁱⁱ) que le aporta el público, en la figura de los trabajadores, muchos de los cuales trabajan para el estado y por lo tanto reciben sus salarios y pagos a la seguridad social con la recaudación de fondos públicos, otros que trabajan para empresas privadas, y un número cada vez más grande por cuenta propia. Otros ingresos los recibe de sus afiliados por copagos, coseguros, cuotas extras por planes suplementarios y otras formas que la seguridad social implementa en función de cubrir financieramente un modelo tecno-asistencial cada vez más consumista y costoso. También los estados proveen cifras muy importante en subsidios a la seguridad social, ya sea con exenciones impositivas a las empresas empleadoras, a los individuos, y con fondos directos a la seguridad social por diversos acuerdos.

El sector privado también obtiene gran parte de sus ingresos de los usuarios, vía pagos de bolsillo para planes de seguro médico, por el acceso a prácticas y servicios no cubiertos, por derivación de fondos de la seguridad social y del estado a los sectores prestadores o financiadores privados, y por el cobro de subsidios estatales directos o indirectos. En algunos países los empleadores o la seguridad social ofrecen la posibilidad de acceder al sector financiador y prestador privado, derivando sus pagos

a empresas que los administran y ofrecen, o contratan las prestaciones.^{25,26} La financierización del sector salud creció enormemente en los noventas en beneficio de los sectores privados más concentrados y esto no ha sido frenado.²⁷

De esta forma se componen, en gran parte, los fondos que las estadísticas de gasto en salud de los países reflejan y sirven para reforzar la ficción de que los gastos salen directamente de las arcas de cada sector que los realiza (estatal al que denominan en algunos casos público, seguridad social y privado). Encubriendo que, un porcentaje muy alto en todos los casos es pagado por el conjunto de los habitantes de cada país, a quienes preferimos llamar el público, muchos de los cuales ni siquiera acceden a la atención aunque la financien, o acceden limitadamente a una atención de bajísima calidad y deficiente cuidado. Mientras otros, subsidiados por los más vulnerados, acceden a servicios costosos que engrosan las ganancias del complejo médico-industrial-financieroⁱⁱⁱ, sin recibir tampoco, en muchos casos, una atención adecuada a sus padecimientos o convirtiéndolos en pacientes crónicos, que asegurarán permanentes ganancias al capital.

Estos análisis nos parecen útiles para repensar el sector privado y el papel que juega el complejo médico-industrial-financiero, que en algunos casos podrán tener una base local, pero que fundamentalmente redundan en beneficio de las corporaciones transnacionales, ya que cada vez más, los productores de medicamentos y tecnología (simples y complejas), y las administraciones de prestadores y aseguradoras están en manos transnacionales, incluyendo empresarios locales que asientan sus empresas en otros países y paraísos fiscales. Asimismo, los empresarios que producen en cada país tienen en la mayoría de los casos un papel intermediario o productor a partir de insumos, patentes o tecnologías importadas de alto costo.

El complejo médico-industrial-financiero no sólo utiliza parte importante del financiamiento del público para acrecentar sus ganancias, muchas veces en detrimento del acceso y de la calidad de lo ofrecido, sino que básicamente definen los modelos tecno-asistenciales que se ofrecen. Estos modelos tecno-asistenciales son cada vez más costosos y están dirigidos a ciertos tipos de padecimientos rentables y a sectores sociales que los pueden usar vía el pago del estado, la seguridad social o el seguro privado. Pagos que insistimos están subsidiados por las mayorías, cuyos integrantes no acceden muchas veces a prestaciones menos costosas, simples y necesarias. Estos modelos están definidos por las grandes corporaciones transnacionales avaladas por asociaciones llamadas científicas de los países centrales, que desarrollan los protocolos de prevención y tratamientos replicados (y en muchos casos

aumentados en su consumismo) por los grupos locales. Estos modelos tecno-asistenciales no sólo colonizan a los prestadores y financiadores privados, sino que se imponen en la seguridad social y también en los servicios estatales. Esto se debe a que el tipo de prevención, cada vez más individual y clínica, los tratamientos que se ofrecen, los medicamentos que se indican, los equipamientos y tecnologías que se compran con fondos administrados por los estados y la seguridad social, así como las prestaciones que se contratan, están orientados por este modelo de atender los padecimientos que definen el uso del financiamiento en cada país.

Los residentes de los países, quienes aportan con sus esfuerzos colectivos al financiamiento de la investigación y desarrollo de medicamentos, vacunas y otras tecnologías, ven colonizadas sus subjetividades en cuanto a sus “necesidades de salud”. Esto sucede sin que los estados y las instituciones de la seguridad social, que deberían velar por su cuidado, regulen al llamado mercado de salud, a pesar de que debería ser su obligación ya que contribuyen mayoritariamente a su financiamiento.

Otro elemento que el análisis del origen del financiamiento en salud y su apropiación por los sectores privados y clases sociales medias y altas nos permite hacer, es poner en análisis la connotación despectiva que el discurso neoliberal hace de los usuarios de los servicios estatales de salud. Este discurso que es repetido como mantra por amplios sectores en las sociedades latinoamericanas ganadas por la subjetividad neoliberal, proviene de esta ficción de que el estado les provee servicios como dádivas y no como derechos que les corresponden. En los estados capitalistas, como vimos más arriba todos pagamos por los servicios que el estado nos brinda, de manera directa o indirecta, y como lo que prevalece son las fórmulas impositivas regresivas, los sectores de ingresos más bajos aportan en términos relativos más y reciben mucho menos. Esto es, existe un subsidio inverso y parece incluso oportuno reflexionar que aquellos trabajadores de salud (u otros) estatales que mal atienden a los usuarios, deberían recordar que ellos tienen sus salarios y coberturas de salud vía empresas privadas - que han naturalizado como un derecho- gracias a un estado que administra bienes colectivos que pertenecen también a los sectores más vulnerados. También deberían recordarlo otros trabajadores de diversa jerarquía del poder ejecutivo, judicial y legislativo, y muchos miembros de la clase media y alta que imaginan que son los únicos aportantes y que los servicios privados donde se atienden son financiados enteramente por sus aportes y las inversiones privadas para crear esas empresas. Desconocen o niegan los ingentes subsidios que empresas y usuarios de estos servicios reciben del

estado. La situación es totalmente inversa, quienes sólo cuentan con prestaciones del estado o pagando de su bolsillo aquello que el estado no les provee, son quienes subsidian a aquellos otros que se atienden en el privado vía la seguridad social o pagan coberturas privadas.

Otro fenómeno que se observa, y que hay que analizar críticamente, es la actitud violenta verbal o física que ejercen ciertos individuos con los empleados estatales que trabajan con dedicación, pero en condiciones laborales precarias.²⁸ Esto se evidenció en numerosas oportunidades durante los picos de la pandemia cuando, por ejemplo, los servicios de testeo gratuitos brindados por las instituciones estatales estaban colapsados por la demanda, con escaso número de personal asignado e instalaciones sumamente precarias. En esas situaciones se observó una demanda que nada tiene que ver con reclamar derechos sociales ante las autoridades gubernamentales correspondientes y en alianza con los trabajadores, sino un reclamo de consumidor individual de un servicio estatal que reivindica pagar con sus impuestos y exige con expresiones del tipo “yo te pago el salario”. Reclamar el derecho a servicios oportunos y eficientes porque se pagan impuestos y se defienden derechos para el conjunto de la sociedad es algo legítimo si se realiza de manera organizada y ante las entidades que correspondan, no atacando trabajadores precarizados en sus condiciones de trabajo y salariales desde una ideología neoliberal que sólo reconoce derechos individuales de consumidores.²⁷

La expropiación del común: vacunas y necropolítica

Pasemos hora a analizar el común y para ello vamos a recurrir a un tema central en estos tiempos de pandemia como es el de las vacunas para prevenir la Covid-19. Este ejemplo nos facilitará mostrar estos procesos de apropiación de los bienes públicos por parte de sectores que hacen un usufructo privado. También son un ejemplo concreto de los límites que estas gigantes corporaciones ponen a los estado-nacionales y su cada vez más menguada soberanía. Lo que en este proceso se está expropiando no son sólo los recursos económicos que nos pertenecen en común, sino que se está expropiando la posibilidad de vivir para enormes cantidades de humanas en el mundo. Los líderes mundiales sólo atisban tímidas declaraciones sobre la necesidad de que se levanten las patentes mientras dura la pandemia. Ni una palabra sobre que en su origen son bienes públicos, que hacen a la posibilidad de un proyecto mínimo común de defensa de la vida y que no pueden ser propiedad privada de empresas que genera ganancias exorbitantes con su comercialización con los estados.⁹

Las vacunas nacieron siendo un bien público de la humanidad, pero en las últimas décadas se ha naturalizado su expropiación por grupos que generan riqueza privada y las comercializan a precios que las hace inaccesibles para muchos países.²⁹ Tomamos el tema de las vacunas por la dramaticidad que adquiere su obtención frente a una enfermedad de características pandémicas, que hace que la dificultad de su acceso rápido y equitativo implique no sólo el aumento del riesgo individual, sino también del colectivo ante la proliferación de variantes y aún el riesgo de mutaciones. Pero este es sólo un ejemplo entre miles que podríamos analizar de lo que significa la lucha entre la necesidad de los pueblos y la avaricia de los sectores más concentrados de la economía mundial.

La investigación y desarrollo de las vacunas para prevenir el SARS-COV 2 han sido posibles en tiempos records merced a las ingentes sumas de dinero otorgadas por los estados vía subsidios para la investigación y desarrollo, el involucramiento de investigadores de universidades públicas o privadas subsidiadas, la compra anticipada de vacunas, y la disponibilidad en muchos países de centros de investigación para los ensayos clínicos de fase 3 que requerían de miles de voluntarios y centros capaces de desarrollar los estudios. Es decir, estos procesos implicaron la puesta a disposición de las farmacéuticas tanto de fuentes financieras públicas directas, como de las acumuladas a través del conocimiento científico desarrollado en los países donde se hicieron los estudios y actualmente participan en la producción y envasado de los billones de dosis que precisa el mundo. Muchos de los contratos de compra además fueron hechos a espaldas del público ya que las compañías farmacéuticas exigían que no trascienda la información de esos acuerdos de compra, tanto la de los precios pagados como la de otras cláusulas. Esto a pesar, según trascendió en algunos casos, de que los contratos contenían cláusulas potencialmente lesivas de la soberanía territorial.⁹

Las vacunas producidas mayoritariamente con los recursos aportados por la riqueza colectiva tanto de países de ingresos altos como medios y bajos, están generando ganancias exorbitantes a gigantes trasnacionales que, como vimos, están en manos de fondos de inversión que acumulan en todo el mundo y reparten sus ganancias con sus inversores privados.³⁰ Todo esto mientras que los números de muertos y enfermos no cesa de crecer, no por falta de efectividad de las vacunas, sino por falta de un acceso global y masivo a ellas.⁹ Los procesos absolutamente desiguales de distribución de las vacunas entre los países muestra a las claras que hay vidas que importan más que otras para la máquina capitalística. Las políticas necropolíticas se han evidenciado en muchos países con una

distribución muy desigual de los recursos para combatir, no sólo los efectos directos del virus, sino también para sostener las condiciones de vida y trabajo de los más vulnerados.

Tejiendo entre-saberes para construir el común en la diferencia

La necesidad de aislamiento de la pandemia generalizó el uso de la conectividad virtual, lo que facilitó los vínculos entre experiencias comunitarias de pueblos originarios y de comunidades urbanas vulneradas, tanto entre sí, como con trabajadores y académicos-militantes. También se avanzó mucho en la conexión entre colectivos de diversos países, todo lo cual enriqueció enormemente la circulación de ideas y de acciones potentes en defensa de la vida individual y colectiva.^{iv}

La pandemia mostró la potencia de lo comunitario, ya que ante el retiro de las instituciones estatales cerrando agencias que atendían presencialmente y replegándose a lo virtual, fueron los colectivos comunitarios y los trabajadores estatales comprometidos con la vida de las comunidades que atendían, quienes desplegaron numerosas formas de cuidado. Estos grupos, compuestos mayoritariamente por mujeres, fueron quienes pusieron el cuerpo para que los programas estatales se realizaran de manera acorde a las realidades de las comunidades. Fueron quienes trabajaron arduamente puerta por puerta para que sus vecinos y vecinas se hicieran los testeos para detectar el virus, para ofrecerles elementos de higiene, alimentos, agua potable, y para ayudar a tener conectividad al sistema educativo y a oficinas estatales que se hicieron virtuales. También estuvieron allí para proteger a mujeres, infancias, adolescencias y disidencias de la violencia de género y otros abusos, para facilitar el cobro de las ayudas económicas que algunos estados proveyeron, y tanto más. Fueron los movimientos sociales arraigados en las comunidades y les vecines auto-convocados ante la emergencia los que construyeron políticas comunitarias de enfrentamiento a la pandemia.

En un investigación que desarrollamos en Argentina pudimos observar que hubo casos de trabajadores estatales que desoyendo las órdenes de no salir a los territorios, y haciendo gala de su autonomía para producir trabajo vivo en acto se pusieron al servicio de las comunidades donde estaban insertos y ofrecieron cuidados.³¹ En algunos casos, como nos relató una lideresa de un movimiento social de Argentina,^v las organizaciones sociales lograron que las políticas comunitarias se instituyeran como políticas públicas asumidas por los gobiernos y también generaron numerosos dispositivos sostenidos por redes de mujeres de los barrios vulnerados en un constante ejemplo de re-existencia.

En Brasil, destacamos dos frentes en esta dirección, por un lado el de comunidades urbanas vulneradas (habitantes de barrios precarios y habitantes de las calles), donde también se observaron que ante el abandono de las intervenciones y retroceso de las políticas gubernamentales, se desarrollaron movimientos de autogobierno comunitario con estrategias de producción de medidas protectoras y de apoyo a las vidas ahí vividas.^{32,33} También se vieron estas formas de organización comunitaria protectora en pueblos originarios y quilombos,^{vi} cuyas prácticas de autogobierno les permitió construir barreras físicas efectivas para evitar el contacto con los grupos externos que mostró ser devastador cuando se produjo. Destacamos el accionar de los grupos indígenas del Alto Xingú que consiguieron controlar el proceso de contagio muy eficazmente.³⁴ Estos procesos se presentaron en muchos países de Latinoamérica de maneras diversas según las formas organizativas de los colectivos sociales presentes en ellos.

Estos momentos de tanta crisis y dolor nos deben servir para repensar la enorme potencia que tienen estos movimientos sociales y comunidades para dar respuestas situadas y colectivas a sus necesidades. Una respuesta muy diferente a la que dan los estados-nación que siguen una modalidad única para todos los grupos sociales. Aislamiento para el conjunto de los residentes de un país, sin importar sus condiciones materiales de vida y posibilidades de cumplirlas, desconociendo aquellos grupos que sostienen formas colectivas y solidarias de vivir, donde no cabe el aislamiento individual y el sálvese quien pueda. Una respuesta estatal con eje central en el hospital y la alta complejidad, que cerró en muchos casos o limitó el acceso a los lugares o equipos territoriales para atender lo que sus propias estadísticas revelan, que más del 80% de los casos Covid-19 no requieren de hospitales.

Desde los grupos que defienden el derecho a la salud en Latinoamérica, se demanda que los estados asuman o sostengan el compromiso por un acceso universal, integral, financiado y garantizado por el estado. Sin embargo, y sin dejar de defender lo mejor que se ha logrado para paliar el sufrimiento, es hora de repensar si no estamos defendiendo ideas que poco tienen que ver con lo que sucede en las situaciones concretas, si no estamos defendiendo organizaciones sanitarias colonialistas, que instituyen el pensamiento único en salud provisto por las usinas de pensamiento llamado científico de origen mayoritariamente anglosajón. Debemos reflexionar a qué nos remite la demanda de universalidad para el acceso a prácticas integrales y financiadas por los estados tal como están configurados actualmente.

Reiteramos que lo que se observa es que las prácticas ofrecidas a la población de manera muy diferencial según sectores sociales, hegemónicamente remiten a la medicina que dictan las

farmacéuticas y productoras de equipamientos, y sus amplificadoras, las grandes asociaciones médicas de especialidades. Remiten a una medicina basada en la idea de cronificar, en tener enfermos permanentes, clientes que consuman prestaciones, hospitales estatales, de la seguridad social y privados que compren medicamentos y tecnología que ellos definen. Remiten también a modelos organizacionales que siguen la pauta de la comercialización, aún en el espacio estatal, con tercerización de servicios, cobros a quienes tienen coberturas financieras y que, por lo tanto, crean un acceso diferencial. Modelos organizacionales que instauraron la lógica del gerenciamiento impuesto por el capital financiero operando en salud. Es importante repensar muchas de las formas en que operan los servicios estatales en la mayoría de los países latinoamericanos, repensar los conceptos con que definen la salud y el padecimiento, y las formas organizacionales construidas para atenderlas. Reflexionar sobre esto nos permitirá comprender cuán molecular es el capital y como opera en las relaciones micropolíticas.

Los investigadores-militantes estamos ante un desafío interesante porque debemos dejar las teorías eurocéntricas e inventar nuevas posibilidades situadas en las realidades de los territorios que habitamos. Hay mucho por aprender de los pueblos originarios que nos invitan a convivir en mancomunidad entre humanos y no humanos, y celebrar la diversidad. Tenemos para aprender de sus formas de organización que escapa a la lógica perversa del capital y les ha permitido sobrevivir a más de 500 años de intentos de exterminio. También aprenderemos mucho de los colectivos vulnerados y, en especial, de mujeres de movimientos populares que se agrupan en redes solidarias de apoyo y construcción de nuevas re-existencias. Son movimientos con una enorme potencia contagiosa, que accionan, que inventan permanentemente formas de resolver las situaciones que se les presentan, que piensan la política como el hacer, el disputar, que cuando logran instituir algunas de sus propuestas no se quedan satisfechas, y avanzan para resolver otras necesidades, en una invención constante, vital y transformadora. Cuando sufren un retroceso en sus luchas, no se sienten derrotadas, cuando algunas de sus iniciativas son cooptadas por los estados y vaciadas del contenido cuidador que le habían dado buscan nuevas formas, inventan más potentes herramientas y continúan creando comunitariamente, en una búsqueda constante y vital de líneas de fuga. Esto que cada vez se visualiza más, permite ver la ebullición de la vida que se niega a ser aniquilada por la necropolítica neoliberal. Mundos nuevos emergen, y seguramente no tendrán la forma de estados unificados, que siguen subordinadamente los dictámenes de los colonizadores. El capitalismo no emergió en un día, fueron 200 años de

transformación sutil, subterránea, estos procesos transformadores actuales están aquí para quienes los quieran ver y acompañar.

Tenemos que unirnos a estos movimientos vitales que construyen un común, reconocen la diversidad, la necesidad de pensar los cuidados desde las diferentes necesidades y cosmologías que los colectivos humanos presentan. Esto implica una diferencia sustancial con la propuesta de pensamiento único de los sistemas de salud que promuevan una salud individual y homogénea para todos, aún en la salud pública o colectiva. Trabajar en la construcción de otras formas de democracia, que no sean las formas verticalistas, jerárquicas y representacionales de los partidos políticos. Estructuras más horizontales de colectivos en red, descentrados, que produzcan otras maneras de organizarnos. Las redes sociales tecnológicas son fuentes de dominación, pero también sirven para crear otras formas de relación que hace falta experimentar cada vez más. Buscar una democracia molecular, no representativa, que pueda colocar en jaque las relaciones de poder que se ocultan y se sustentan en los procesos relacionales. Salir de las estructuras rígidas y experimentar las relaciones que se construyen en los encuentros cotidianos, y también en las instituciones si nos permitimos dar rienda suelta al trabajo vivo en acto, y no quedar amarrados a lo instituido burocrático y a lo que va contra la posibilidad de despliegue de la vida. Abrirnos a recorrer otros caminos relacionales y encuentros entre-saberes.

Como señalamos más arriba, en la actualidad el estado-nación es una ficción y las transnacionales que dominan el mundo hoy tienen más poder inclusive, que el estado y los gobiernos de naciones consideradas poderosas, pero las corporaciones no son una máquina única sin fragilidades, sin rupturas, debemos conocer estas fragilidades y actuar en cooperación internacional entre las fuerzas anti-neoliberales para proteger la vida que se expresa bajo cualquier modalidad y forma. El neoliberalismo es una estrategia masiva de muerte de los humanos y de Gaia. Debemos defender la vida de todo lo viviente, si eliminamos las otras formas de vida no viviremos nosotros, sólo el cientificismo puede imaginar que si las otras formas de vida perecen nosotros podemos continuar existiendo. Tenemos que tener muy en claro que el capitalismo del siglo XXI es un capitalismo necropolítico. No se trata más de ocupar el estado para desarrollar políticas de inclusión y de avance de los derechos de las mayorías. Estamos ante un desafío muy fundamental que es cuestionar la propia concepción de la maquinaria estatal capitalística. No estamos frente a un paradigma de estado nacional, que implica defender la soberanía con políticas nacionalistas. Vivimos una situación de ruptura muy fuerte de este paradigma y tenemos un déficit de conocimiento y organización para enfrentarla. La teoría política no provee las

definiciones en este momento de ruptura y tenemos dificultades para entenderlo, por eso es que invitamos a les compañeres a continuar en el camino de construir cada vez más conexiones afectivas, de pensamiento y acción junto a aquellos de quienes tenemos mucho que aprender: pueblos originarios, afrodescendientes, movimientos sociales de comunidades vulneradas, de mujeres, cuerpos LGBTQI+ y tantos otros que ya están creando nuevas relaciones entre les humanas y no humanas.

Notas

ⁱ Quienes habitan un territorio generan riqueza y contribuyen con sus impuestos a la masa de bienes que administran los estados, especialmente en países con impuestos altamente regresivos, como es el impuesto al consumo, que es central en la recaudación estatal de los países latinoamericanos.

ⁱⁱ Por salario diferido se entiende la parte de las contribuciones que realizan los empleadores para la seguridad social médica y previsional como porcentaje del salario de sus trabajadores.

ⁱⁱⁱ El concepto de complejo médico-industrial aparece en los años setenta para reflejar la expansión de las industrias de salud. En este concepto quedan englobadas las industrias de tecnología médica y farmacéutica, las empresas de atención médica, las organizaciones y las profesiones sanitarias, con sus instituciones de formación. Desde escritos anteriores incorporamos el término financiero, ya que este capital expande sus operaciones en el sector salud a partir de los noventa y pasa a tener un peso importante en las transformaciones del complejo médico-industrial en las siguientes décadas. En la actualidad no sólo opera en la administración del financiamiento de los sistemas de salud, sino también en la de servicios de salud (hospitales, centros de diálisis, de atención domiciliaria, de diagnóstico y tratamiento, servicios de emergencia, entre otros) y ha establecido asociaciones y acuerdos de negocios con los otros componentes, tal como lo ejemplifica el caso del fondo BlackRock que es uno de los principales accionistas de la farmacéutica Pfizer, entre otras farmacéuticas.

^{iv} Un ejemplo de esto es que en 2021 la Rede Unida, asociación que articula proyectos, instituciones y personas interesadas en la construcción colectiva de sistemas de salud públicos, bajo principios de universalización, equidad, participación social, respeto a las diferencias, preservación de la naturaleza y en defensa de la democracia, se transformó en una asociación internacional recibiendo a miembros de países latinoamericanos, europeos, y asiáticos. Esto favoreció el intercambio de experiencias que se pueden ver en el canal de YouTube de la TV Rede Unida y en sus publicaciones, y promovió numerosas colaboraciones nacionales y internacionales.

^v Esta información fue recogida en encuentros virtuales por un grupo de compañeras académicas militantes (Celia Iriart, Silvia Faraone, Milagros Oberti y Flavia Torricelli) realizados en 2021 con Marina Yoski, quien relató las experiencias de organización que con otras mujeres lideró desde el Movimiento Popular La Dignidad, la Corriente de Emergencias Villeras y otros dispositivos organizacionales que fueron creando y recreando a medida que las necesidades emergían.

^{vi} Quilombos en Brasil refiere a comunidades de pueblos negros libres o liberados que se constituyeron en comunidades en épocas de la esclavitud en Brasil y que se han mantenido hasta la actualidad en base a la propiedad comunitaria de la tierra.

Referências

1. Varoufakis Y. Techno-feudalismo is taking over. Project Syndicate. 2021 Junio 28. [Acceso Set 2021] Disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/techno-feudalism-replacing-market-capitalism-by-yanis-varoufakis-2021-06>
2. Editorial. Pagina 12. Para Bill Gates, la próxima pandemia “será diez veces peor” que el coronavirus. Sec. Sociedad. 2021 Feb 8. [Acceso Set 2021]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/322344-para-bill-gates-la-proxima-pandemia-sera-diez-veces-peor-que>
3. Birn AE. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda. Hypothesis. 2014; 12(1): e8, doi:10.5779/hypothesis. v12i1.229.

4. Drucker J, Silver-Greenberg J, Kliff S. Wealthiest Hospitals Got Billions in Bailout for Struggling Health Providers. New York Times 2020 Mayo 25, Actualizado 2021 Octubre 22. [Acceso Oct 2021]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/05/25/business/coronavirus-hospitals-bailout.html?searchResultPosition=6>
5. Ruiz Rico M. La sanidad privada saca tajada de la pandemia en Estados Unidos. Público. 2020 Abril 24. [Acceso Set 2021]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/sanidad-eeuu-sanidad-privada-saca-tajada-pandemia-estados-unidos.html>
6. Infobae Económico. La Fundación Favalaro cerrará dos sanatorios por la crisis y porque la gente evita ir al médico. Infobae. 2021 Mayo 22. [Acceso Set 2021]. Disponible en: <https://www.infobae.com/economia/2020/05/21/la-fundacion-favaloro-cerrara-dos-sanatorios-por-la-crisis-y-porque-la-gente-evita-ir-al-medico/>
7. Lijadad A. Prepagas en pandemia: ganancias millonarias y empresas flojas de papeles. VCR . 2021 Agosto 26. Columna Invitada. [Acceso Dic 2021]. Disponible en: https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_13001/id_13900/prepagas-en-pandemia-ganancias-millonarias-y-empresas-flojas-de-papeles
8. Andrade J. Família Godoy Bueno está entre os bilionários do mundo que mais ganharam dinheiro na semana. Ações do laboratório Diagnóstico das Américas aumentaram 62,5% no período. Forbes. 2021 Enero 16. [Acceso Nov 2021]. Disponible en: <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/01/familia-godoy-de-bueno-esta-entre-os-bilionarios-do-mundo-que-mais-ganharam-dinheiro-na-semana/>
9. Vidal S. Ética y negociaciones para el acceso a vacunas: excepcionalismos metodológicos y éticos. Revista Colombiana de Bioética. 2022; 17:1 (edición especial): en prensa.
10. Fumagalli A. Biopolítica de las vacunas. Revista Crisis. 2021 Mayo 11. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://revistacrisis.com.ar/notas/biopolitica-de-la-vacuna>
11. Iriart C. Pandemia: neoliberalismo y sistema sanitario argentino. Rio Cuarto: UniRio Editorial, Colección Liberalibro E-book; 2020. Disponible en: <http://www.unirioeditora.com.ar/wp-content/uploads/2020/08/978-987-688-399-3.pdf>
12. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TBE, Junior HS, Cruz KT. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. Interface (Botucatu). 2021; 25(Supl. 1): e200379. <https://doi.org/10.1590/interface.200379>
13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020.
14. Gobierno de Argentina. Decreto 332/2020. COVID-19 - Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP). [Acceso Dic 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/covid-19-asistencia-de-emergencia-al-trabajo-y-la-produccion-atp>
15. Kliff S. Hospitals knew how to make money. Then coronavirus happened. New York Times. 2020 Mayo 15. [Acceso Set 2020]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/05/15/us/hospitals-revenue-coronavirus.html?searchResultPosition=1>
16. Iriart C, Merhy EE. Disputas intercapitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. Interface (Botucatu); 2017; 21(63). doi: 10.1590/1807-57622016.0808 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160808.pdf>

17. Abelson R. Buoyed by federal Covid aid, big hospital chains buy up competitors. New York Times. 2021 Mayo 21. [Acceso Oct 2021]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2021/05/21/health/covid-bailout-hospital-merger.html?searchResultPosition=12>
18. Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba (ACLISA). [Internet]. Clínicas: al borde de la asfixia, piden asistencia oficial. Sin fecha. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <http://www.aclisa.org.ar/web/novedad/58>
19. Alvarez D. Brasil indaga a empresa por recetar cloroquina contra COVID. Associated Press. 2021 Setiembre 28. [Acceso Dic 2021]. Disponible en: <https://apnews.com/article/ab57a0ab2f57129c25c40cfaee74d26f>
20. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 53 Consejo Directivo. 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD 53, Rev. 2. 2014 Octubre 2. [Acceso Enero 2022] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
22. Restivo N. El fondo BlacRock, dueño de casi todo. Pagina 12. 2020 Abr 12; Supl. Cash. [Acceso Jun 2021]. Disponible en: https://www.pagina12.com.ar/258436-el-fondo-black-rock-dueno-de-casi-todo?gclid=Cj0KCQjwIMaGBhD3ARIsAPvWd6gGPF0d1sx66HnzDt9bsamT9O4Ws89JJpg8ZRuOXY34COViejRHK4kaAu76EALw_wcB
23. Smialek J. Top U.S. officials consulted with BlackRock as markets melted down. New York Times. 2021 June 21. Sec. Economy. [Acceso en 21 Agos 2021]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2021/06/24/business/economy/fed-blackrock-pandemic-crisis.html?referringSource=articleShare>
24. Piketty T. Breve historia de la igualdad. Barcelona: Deusto. 2021.
25. Antunes A. SUS: A nova tentativa de privatização silenciosa. Outra Palavras. 2021 Mayo 14. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/nova-ofensiva-para-cobrar-pelo-uso-do-sus/>
26. Iriart C, Waitzkin H. Argentina: no lesson learned. International Journal of Health Services. 2006; 36(1):177-196.
27. Iriart C, Franco T, Merhy EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. Globalization and Health. 2011 Feb 24; 7:2. doi: 10.1186/1744-8603-7-2. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/1>
28. Gobierno de Argentina. Comunicado de Prensa. El Consejo Federal de Salud expresa su solidaridad con las y los trabajadores de salud que han sido víctimas de agresiones en los últimos días. 2022 Enero 9. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-consejo-federal-de-salud-expresa-su-solidaridad-con-las-y-los-trabajadores-de-salud-que>
29. Corvalán D. Des-aprendizaje y pérdida de capacidades locales. El calendario nacional de vacunación en Argentina. Ciencia, Docencia y Tecnología. 2017; 28(54): 1-37.
30. Telam. Economía. Pfizer aumentó sus ingresos el 134%; US\$ 36.000 millones corresponden a la vacuna. 2021 Noviembre 2. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202111/573535-pfizer-coronavirus-vacuna-ingresos-laboratorio.html>
31. Faraone S, Iriart C. Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: La pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social. 2020; 10(20): 41-52. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/08_Faraone-1.pdf

32. Rede Unida TV. Praça 12- Cuidado de proximidade - Eles querem nos matar e nós produzimos e inventamos para não morrer. Expositores de diversos movimentos sociais e indígenas. 14^o Congresso Internacional Rede Unida. 2020 Octubre 29. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8loAcuIDhJE>

33. Rede Unida TV. Praça 25. Cuidado de proximidade - pandemia na rua: A experiência de tecer redes de cuidado local. Expositores activistas y pobladores de las calles. 14^o Congresso Internacional Rede Unida. 2020 Nov 1. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=CCzaOuvzdjk>

34. Rede Unida TV. Praça 22. Cuidado de proximidade – Medicina tradicional indígena – Território de re-existências. Expositores: Krenak A, Tukano A, Barreto JP, Papa C, Takuá C. Coordinador Moebus R. 14^o Congresso Internacional Rede Unida. 2020 Octubre 31. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KYHPkMLZ7TI>

Como citar: Iriart C, Merhy EE. La máquina de guerra capitalística en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal, lo privado y lo común. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (2). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p181-203