

SALUD PÚBLICA, ESTRATÉGICA EN LA GEOPOLÍTICA ALTERNATIVA DEL GRAN CARIBE

Geopolítica

Georgette Ramírez Kuri*

Resumen

La actual pandemia ha evidenciado a la salud pública como un problema a ser atendido por el Estado. En un modelo de desarrollo humano y de geopolítica alternativa al ejercicio hegemónico, la soberanía científica y tecnológica y un sistema de salud pública tendrían que considerarse como sectores estratégicos bajo la administración del Estado, contrario a lo que sucede en el modelo de desarrollo hegemónico de salud privada administrada por grandes capitales y cuyo principal ejemplo es Estados Unidos. La coyuntura pandémica exige a los Estados una mayor capacidad de respuesta, sugiriendo políticas y geopolíticas en las que el desarrollo y la vida humana sean prioritarios.

Palabras clave: Estado, salud pública, desarrollo humano, soberanía, geopolítica alternativa.

Crisis neoliberal y pandemia en el Gran Caribe

Si bien la crisis estructural del capitalismo se ha agudizado por la pandemia de Covid-19 a escala internacional, en la región del Gran Caribe los retos que le impone al Estado se suman a las problemáticas producidas por la aplicación

* Basado en la ponencia del mismo título presentada en el panel “Geopolítica del Gran Caribe en tiempos de pandemia”, *Coloquio Internacional El Gran Caribe: Geopolítica, integración y pandemia*, México, UNAM, 17 de noviembre de 2020.

** Licenciada y maestra en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Candidata a doctora en el Programa de Posgrado en Estudios Latinoamericanos de la UNAM y docente en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma institución. Sus actuales líneas de investigación son: Estado y geopolítica en América Latina, feminismos latinoamericanos y estudios brasileños.

de políticas neoliberales en las últimas cuatro décadas, especialmente el recorte de recursos públicos para políticas sociales y el reducido margen de acción estatal como consecuencia de su adelgazamiento en favor del avance capitalista.

Recordemos que en los países centroamericanos, la guerra de baja intensidad –impulsada por la doctrina Reagan tras el triunfo de la Revolución Sandinista de 1979– condenó a estas sociedades a una situación de profunda crisis social no resuelta, pese al proceso de transición política impulsada a mediados de los años noventa. Las luchas populares que se buscaba exterminar con esta guerra respondían al agotamiento de la incipiente industrialización centroamericana, lo que supuso la instauración del neoliberalismo mediante la tradicional vía autoritaria.

Tras una década de neoliberalismo en pleno y recién estallada la crisis capitalista mundial de 2008, el tercer informe de *Estado de la región centroamericana* diagnosticaba que, pautados por el neoliberalismo, “la suma de los cambios sociales, demográficos, económicos y políticos no produce mejoras sensibles en el desarrollo humano, ni convierte al Istmo en un polo dinámico de crecimiento económico y progreso social” (Mora, 2016). Por el contrario, se había agravado la desigualdad social, se profundizaron la pobreza y la exclusión, mientras que el poder adquisitivo y político se centralizaban visiblemente: “La concentración de poder y dinero en unos cientos de ultra-millonarios latinoamericanos era el indicador más convincente de que los gobiernos no habían dirigido

sus fuerzas a lograr mayor igualdad en sus poblaciones” (Díaz y Viales, 2020:56)

En consecuencia, el cuarto informe de *Estado de la región* (2011) tuvo que reconocer a Centroamérica como el territorio más violento de América Latina. Más allá del discurso criminalizador sobre la población centroamericana, importa ir a las causas de este resultado: en el quinquenio 2009-2014, la exclusión social de los hogares en la región respecto al acceso a servicios básicos y al mercado laboral aumentó del 36 al 42%, dejando al 43% de la población bajo la línea de pobreza y al 18% de estas personas en situación de indigencia (Díaz y Viales, 2020:57).

Incluso el Fondo Monetario Internacional declaraba en 2012 que Centroamérica había perdido una década de desarrollo económico (FMI, 2012). Para 2016 la marginación social empeoró dejando a cinco de cada seis hogares sin acceso a los servicios básicos.

En todo este proceso, el Estado ha sido el principal responsable de la desatención a las necesidades primarias de la sociedad, priorizando –en su lugar– la captación de inversión extranjera y la generación de condiciones propicias para mayores ganancias a empresas privadas. Aún más: el avance neoliberal debilitó la estructura estatal y minimizó el recaudo fiscal vislumbrándose el peor de los escenarios frente a la llegada de la pandemia de Covid-19.

Como es propio del neoliberalismo, el recorte al gasto público ha castigado a la población en los aspectos más fundamentales de la vida, entre ellos la seguridad social y el acceso a la atención y servicios de salud. Según José Fiusa, médico miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

Hay una contradicción muy fuerte entre los programas de ajuste económico porque hay una tendencia en general a la disminución del papel del Estado, pero hay algunas áreas –en términos de salud– que son claves en una sociedad como la hondureña y –yo diría– como la mayoría de los países latinoamericanos, donde el

Estado es el único ente que puede reducir las desigualdades (Field, 2006).

En la actual coyuntura pandémica, la insuficiente infraestructura del sector salud en los países centroamericanos es el primer factor de riesgo. El caso excepcional de Costa Rica, cuyo sistema de salud es público y, en consecuencia, presenta la tasa más baja de mortalidad por Covid-19 (Díaz y Viales, 2020:57), confirma la regla de la región centroamericana: sistemas de salud desmantelados, subfinanciados y privatizados, hospitales colapsados y escaso personal médico para atender la pandemia.

La situación es más compleja en los países caribeños no independientes, debido a su condición de *dependencia extrema*, sin soberanía formal respecto al financiamiento público y las alianzas comerciales e importaciones –por ejemplo, respecto a vacunas, insumos médicos, alimenticios, etcétera–, puesto que dependen de los asuntos presupuestarios y las decisiones políticas y geopolíticas de sus respectivas metrópolis europeas.

La dependencia extrema caribeña también es resultado de la no diversificación económica que limita sus ingresos –incluso más que en el grueso de las economías latinoamericanas– a actividades como la pesca, la explotación minera, el turismo y los servicios financieros.

Además, los países caribeños, en su mayoría, están asociados al grupo de Pequeños Estados Insulares en Desarrollo caracterizados –según reconocimiento de Naciones Unidas– como países con un elevado grado de vulnerabilidad, definida como “la capacidad limitada de las comunidades, hogares o individuos para protegerse contra los riesgos co-variables, choques externos o contingencias que amenazan sus niveles de vida” (PNUD, 2016:52).

Aunque la vulnerabilidad de las sociedades caribeñas es producto del periodo colonial que precedió a la dependencia estructural, muestra su vigencia en el contexto neoliberal mediante la dependencia extrema. Así, las carencias socioeconómicas en la región son producto de las altas tasas de desempleo, informalidad e inseguridad social, así como de la no garantía de derechos, entre ellos el acceso a la salud.

A esta vulnerabilidad estructural abona la vulnerabilidad coyuntural de la pandemia, que afecta tanto la salud humana como los ingresos y medios de subsistencia de las grandes mayorías en la región. Como si no bastara, factores como la pobreza, la desnutrición y el hambre representan —en sí mismos— factores de riesgo para la propagación del coronavirus.

Respecto a la salud, el diagnóstico de la CEPAL señala que “El gasto público en salud sólo alcanza en promedio el 3,7% del PIB, por debajo del 6% recomendado por la OPS como base. Una tercera parte de la población todavía enfrenta algún tipo de barrera para acceder a los servicios de salud que necesita” (CEPAL, 2020). Ello redundará en la falta de infraestructura y condiciones mínimas para enfrentar la pandemia por Covid-19, limitando la capacidad de respuesta de los Estados. En el caso del Gran Caribe, parte importante de los países comparten cierta marginalidad respecto al resto de América Latina. Una expresión de ello es su rezago en el acceso a la vacuna contra el coronavirus, puesto que sólo los países cuyas economías y acuerdos comerciales lo permiten, pudieron adquirirla y comenzar un plan de vacunación con el primer lote de vacunas producidas y entregadas a nivel mundial en diciembre de 2020, como sucedió con México, Costa Rica y Puerto Rico.

Es frustrante la incapacidad de respuesta y el limitado presupuesto de la mayoría de los países del Gran Caribe —salvo honrosas excepciones a las que nos referiremos más adelante—, pues generan la inaccesibilidad a la vacuna, vulnerando el derecho humano a la salud. Mientras tanto, las futuras vacunas ya tienen destinatario:

(...) las naciones ricas que representan solamente 14% de la población mundial, reservaron más de la mitad de las dosis de vacunas cuya producción está prevista el año que viene. Con el riesgo de que los países pobres se queden atrás. Incluso si todos los fabricantes logran desarrollar vacunas seguras y eficaces y alcan-

zan sus objetivos máximos de producción, el estudio [Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health] estima que “al menos una quinta parte de la población no tendrá acceso a las vacunas hasta 2022” (DW, 2020).

...tuvo que reconocer a Centroamérica como el territorio más violento de América Latina...

Esta situación pone de manifiesto que la competencia por el monopolio de los servicios de salud es resultado de la lógica capitalista que produce desigualdad social a escala mundial. Sin embargo, abre también la posibilidad de considerar vías alternativas de políticas y geopolíticas en el Gran Caribe, para superar el modelo de desarrollo impuesto, donde la salud humana y la vida misma están puestas en entredicho.

Como nos muestra la actual coyuntura, la expresión sanitaria de esta crisis estructural exige un cuestionamiento profundo del rumbo que han tomado nuestras sociedades, así como el replanteamiento de las políticas públicas responsables, en gran parte, de ello.

Estados Unidos: el modelo de desarrollo hegemónico en crisis

El modelo de desarrollo capitalista estadounidense viene exhibiéndose en decadencia. Durante el gobierno de Donald Trump, sobre todo, Estados Unidos dio la espalda al sistema internacional que este mismo país impulsó tras la II Guerra Mundial. Su actuación en el mundo contraviene los principios que pregonaba con la supuesta *pax americana* de hace tres décadas, poniendo en duda su propio liderazgo.

En la política interna estadounidense la situación no es diferente. Lo demuestra la pésima gestión que el gobierno de Trump ha hecho de la crisis sanitaria, cuyo saldo hacia mediados de diciembre de 2020 ya superaba las 300 mil muertes, concentrando alrededor del 28% de muertos por coronavirus en el mundo.

Los problemas que acarreó la privatización de la salud se agravaron con la llegada del coronavirus y la avasalladora celeridad con la que se

incrementaron los contagios entre las personas que residen en este país, especialmente aquellas más excluidas del modelo estadounidense: la población afrodescendiente, latinoamericana y caribeña.

Estados Unidos tiene más de 11 millones de contagios, situación que ha sido valorada por expertos en salud pública como un “desastre humanitario”, según reportó la prensa de ese país. De acuerdo con el informe del médico Sanjay Gupta transmitido en el canal televisivo de CNN en español:

Según las Naciones Unidas, un desastre humanitario se define como “una interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad que implica pérdidas e impactos humanos, materiales, económicos o ambientales generalizados, que excede la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacer frente al uso de sus propios recursos”. Y la pandemia y su impacto en EE.UU. hasta ahora encaja a la perfección con esta definición (CNN, 2020).

Este desastre humanitario es resultado de décadas de exclusión social y privatización paulatina del sistema de salud en Estados Unidos, donde el acceso a estos servicios quedó restringido a quienes pueden pagarlo y negado como derecho ciudadano a pesar del discurso imperante. Es decir, la salud quedó subsumida a la lógica capitalista mediante la producción privada de un servicio a ser adquirido en el mercado.

Para el capital, concretamente para las empresas farmacéuticas transnacionales y las grandes cadenas hospitalarias, el sector salud es estratégico desde hace décadas puesto que les rinde grandes lucros. Uno de los países donde el avance del capital ha tenido mayor impacto en este sentido es Estados Unidos, donde la privatización de los hospitales y de la atención médica en general, ha dejado a la mayoría de la población desprotegida, vulnerando su derecho humano a la salud.

...la insuficiente infraestructura del sector salud en los países centroamericanos es el primer factor de riesgo...

Desde 2010, uno de los efectos legales de esta privatización obliga a individuos y empleadores en Estados Unidos a comprar seguros médicos privados con coberturas acordes a su capacidad de pago y no de acuerdo a sus necesidades. La

deficiencia del modelo estadounidense en el sector salud es hoy el síntoma más evidente de su fracaso estructural. Ya en 2016, Celia Iriart anotaba la siguiente contradicción:

Estados Unidos es el país que más gasta en salud a nivel mundial, invierte los impuestos del conjunto de la población en financiar investigación y desarrollo de tratamientos que suelen ser muy eficaces, pero que comercializados por empresas farmacéuticas privadas y con ninguna regulación en la fijación de precios, convierte a la innovación tecnológica, cada vez más, en privilegio del 1% de la población (Iriart, 2016:18).

Cuando un modelo de desarrollo lucra con la salud, contraviene el sentido de la vida humana a favor de las ganancias capitalistas, en este caso.

Por todo lo anterior, es urgente cuestionar los parámetros que rigen y *rankean* los sistemas de salud y las políticas públicas al respecto desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por ejemplo, entre sus valoraciones no contemplan la relevancia de los sistemas públicos de salud para evaluar a los países, por lo que aquellos mejor rankeados no se corresponden con los gobiernos cuya gestión de la crisis sanitaria provocada por la Covid-19 ha sido positiva.

En Estados Unidos, la deficiencia en el sector salud rebasa lo estrictamente sanitario, afectando al total de la población que vive en aquel país. En contraste, dos Estados del Gran Caribe destacan por la eficaz capacidad de respuesta ante la actual emergencia pandémica: Cuba y Venezuela.

Esto es resultado de los modelos de desarrollo y de la apuesta a una geopolítica alternativa donde la salud pública es considerada un sector estratégico para el desarrollo humano y social a cargo del Estado y no para el desarrollo capitalista farmacéutico.

Salud pública: estrategia para el modelo alternativo de desarrollo

La emergencia sanitaria ha puesto en evidencia que el combate a la pandemia y el buen manejo de la crisis dependen, en gran medida, de las características del sistema de salud de cada Estado, como de las decisiones políticas que se tomen al respecto: si es la dinámica económica de acumulación capitalista la que ocupa las agendas de gobierno o si se prioriza el bienestar y cuidado de las personas en la coyuntura actual de pandemia por Covid-19.

Las experiencias de Cuba y Venezuela destacan por el desempeño de su sistema de salud pública en la impecable respuesta estatal y social ante la emergencia del coronavirus: para finales de noviembre de 2020, Venezuela había logrado contener los contagios por Covid-19 en menos de 100 mil casos y por debajo de 900 decesos, mientras que Cuba, menos de 8 mil casos con 135 muertes.

Estos resultados han sido posibles gracias al concepto de salud como derecho humano y derecho a la vida presente en dichas sociedades, plasmado tanto en la Constitución Política como en la participación social.

Cuba

Tanto Cuba como Venezuela han puesto en marcha planes de vigilancia y respuesta ante el coronavirus para la oportuna detección de contagios y la prevención de su propagación. Destaca el uso del término “medidas de bioseguridad”, que da cuenta de la seguridad de la vida que el mismo Estado busca proteger.

Previo a la emergencia sanitaria, Cuba había logrado un récord histórico rebasando los 100

mil médicos en activo, “un indicador de los primeros en el mundo”; además de efectivamente beneficiar a su población –a diferencia de Estados Unidos– por ejemplo, con la cobertura de vacunación que en 2019 estuvo arriba del 98% de la población (Padilla, 2020).

...Una expresión de ello es su rezago en el acceso a la vacuna contra el coronavirus...

Estos índices son parte del proceso de desarrollo humano que Cuba ha emprendido durante seis décadas, basado en reconocer el carácter social de la medicina y la salud de la población como una responsabilidad del Estado: “La salud pública desde los primeros años de la Revolución se convirtió

en prioridad para el Estado cubano, que desde un inicio la entendió como un derecho del pueblo, de manera que se garantizaron las condiciones necesarias para ofrecer, a todos por igual, los servicios de forma gratuita” (Padilla, 2020).

En la década de 1960 se estableció en Cuba un sistema de salud único para garantizar el acceso de toda la sociedad a este derecho humano, que es financiado, regulado y otorgado por el Estado cubano, cuya prioridad ha sido la atención primaria de la salud, cubriendo actualmente a más del 99% de la población. Desde sus inicios, incluyó un programa de hospitales rurales y la asignación del Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia (CMEF) en cada una de las comunidades de la isla. Según testimonio del médico cubano Félix Sansó: “El vivir con estas familias en el mismo lugar primero permite que uno los conozca en su entorno familiar, en su entorno comunitario, cómo interaccionan. Llegas a saber, incluso, cuáles son sus estilos de vida, cuáles son aquellas variables que están influyendo en su salud” (Field, 2006).

De esta manera, el médico o médica familiar realiza un diagnóstico de los principales problemas de salud de la comunidad que le permita establecer sus necesidades sanitarias y prioridades médicas específicas. El trabajo comunitario del CMEF es la base de la ética por la vida que caracteriza el sistema de salud pública de Cuba en todas las escalas –local, provincial, municipal y nacional.

Incorporados a los consultorios policlínicos de especialidades múltiples, los CMEF refuerzan la capacidad de análisis y atención de la salud comunitaria, integrando el Análisis de la Situación de Salud (ASIS). De acuerdo con el médico y profesor cubano Gustavo Menéndez, el ASIS: “Es la herramienta fundamental, es la guía, es un reflejo de todos y cada uno de los problemas que tiene ese médico de familia en cada una de las familias que atiende, más el entorno donde se mueve o donde está ese consultorio enclavado” (Field, 2006).

Al ser la herramienta fundamental para identificar los factores de riesgo a la salud, el ASIS constituye la base del enfoque de la medicina cubana, siendo su objetivo —precisamente— identificar el riesgo para prevenir su desarrollo, sean enfermedades, epidemias, etcétera, por lo que las acciones de este sistema de salud pública están orientadas hacia la promoción y por lo tanto la prevención de dichos riesgos.

Un elemento relevante de la salud pública cubana es que su sistema se implementó sobre la base de las carencias materiales existentes en los países latinoamericanos, lo que la convierte en una alternativa viable al no requerir de grandes inversiones, aunque sí de decisiones políticas fundamentales.

Un agravante del estado de salud en la región es el predominio del carácter curativo de la medicina basado en una concepción mercantil de la misma. En las últimas cuatro décadas, la privatización neoliberal llegó también al sector salud, haciendo de los pacientes y enfermos un mercado de clientes que consumieran los servicios de salud y productos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos, usurpando el ejercicio del derecho humano a la salud.

De acuerdo al diagnóstico del doctor Miguel Márquez, funcionario de la OPS, “en la mayor parte de los países de América Latina hablamos de salud, pero al final estamos trabajando sobre

la enfermedad. En Cuba fueron aprendiendo, precisamente, que salud es salud ¡es vida! Y que para llegar a eso, hay que sostenerlo” (Field, 2006).

El fracaso del modelo neoliberal de salud privada y curativa, no preventiva, quedó contundentemente expuesto en la coyuntura pandémica del 2020. El colapso de los sistemas de salud en la región —y en el mundo— visibilizan la necesidad de una conversión a sistemas de salud pública y de carácter preventivo, que prioricen el cuidado y bienestar de la vida humana por encima de las ganancias de las empresas transnacionales farmacéuticas y de servicios de salud.

La ejemplar experiencia cubana puede replicarse. Allí, el Estado y la sociedad cubana han garantizado el desarrollo de un sistema de salud sostenible y eficiente, mediante una ética por la vida a lo largo de sesenta años de proceso revolucionario. Además, han sido capaces de exportar su estrategia de salud pública como parte de un modelo de desarrollo alternativo al hegemónico.

Venezuela

A partir de la Revolución Bolivariana, Venezuela ha trabajado en un Modelo de Atención Integral para expandir el acceso de los sectores sociales más excluidos a la atención básica en salud. Hace quince años comenzó a reestructurar su Ministerio de Salud para garantizar en todo el territorio el cumplimiento de la universalidad de la salud y la calidad de vida como derechos establecidos constitucionalmente.

Según Samuel Moncada, entonces ministro de Educación Superior de Venezuela,

Cuando llega este gobierno con el presidente Chávez, propone crear un sistema básico de salud primario —que estamos llamando Barrio Adentro—, consultorios dentro de los barrios más pobres. Luego un sistema secundario, los Centros de Diagnóstico Integral, donde hay una

Este desastre humanitario es resultado de décadas de exclusión social y privatización paulatina del sistema de salud en Estados Unidos...

serie de equipos que permite que los pacientes requeridos del sistema de Barrio Adentro, con exámenes gratis, puedan ser atendidos. Y luego hablamos de una tercera fase, que es lo de Centros de Alta Tecnología, que ellos tienen –ahora sí– implementos muy complicados, que también van a estar integrados al sistema. [...] Estamos creando –entonces– un sistema de distintas capas con miles... alrededor de 8 mil consultorios dentro de las comunidades (Field, 2006).

Sin embargo, el ex ministro explica que se presentó un problema: “No conseguimos médicos venezolanos que hagan esa tarea. [...] Para solucionar nuestros problemas de salud, decidimos trabajar con los médicos cubanos. Y vinieron miles de médicos cubanos a vivir en los barrios pobres venezolanos, donde los venezolanos de clase media no querían vivir” (Field, 2006).

Se crearon así los Consultorios Populares que garantizaran el acceso al derecho humano mediante esta conversión a un sistema de salud pública e integral. El siguiente paso fue la formación de nuevos médicos y médicas generales integrales para atender el gran rezago en atención a la salud que Venezuela presentaba.

Mediante el Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (MIC), en 2005 los profesionales cubanos de Barrio Adentro comenzaron a formar a estudiantes venezolanos y venezolanas que, a su vez, estarían atendiendo a miles de personas en todo el país.

Durante seis años, cada semana, las y los estudiantes del MIC pasan 3 días en las aulas y 3 días en el consultorio para completar su formación médica, dándole a la educación universitaria en salud pública un carácter comunitario y estratégico volcado al “desarrollo humano integral sustentable, la soberanía nacional y la construcción de una sociedad democrática y participativa [...] en la generación, transformación, difu-

sión y aprovechamiento creativo de los saberes y haceres” (Placeres, 2007:2).

En palabras de Moncada:

Expandimos el alcance de la educación y la fundimos con las necesidades de la comunidad. Y el concepto –incluso– del propio médico también cambia puesto que estos estudiantes, como conocen a su gente, van –entonces– a convertirse en líderes de una medicina, además, preventiva. [...] En miles de pequeños puestos, estamos transformando la sociedad desde abajo, con los pobres (Field, 2006).

Los Consultorios Populares reportan la información a los Comités de Salud encargados de clasificar, coordinar y gestionar la estructura comunitaria y participación ciudadana en relación con los programas de salud y el suministro de medicamentos, insumos y equipamientos a todas las escalas sociales, local, municipal, regional y nacional.

Así, mediante el amplio programa Barrio Adentro y la cooperación médica cubana para la formación de nuevos profesionales nacionales, aumentó la disponibilidad y el acceso a la salud, generando una red de diagnóstico y tratamiento para la población venezolana y sentando las bases para la continuidad y ampliación del programa.

Entonces, se ponen en marcha los Centros de Diagnóstico, las Salas y Centros de Rehabilitación para la coordinación del sistema de salud pública venezolano que conduzca a acciones de salud integrales y comunitarias.

Todo lo anterior es muestra de la concepción alternativa de salud que Venezuela ha adoptado, asumiéndola como derecho humano, bien público y elemento esencial del tejido social que puede alcanzarse si se mejoran las condiciones de vida y el acceso a bienes y servicios de la población. Esta alternativa de salud pública frente a la salud privada neoliberal adquiere

...dos Estados del Gran Caribe destacan por la eficaz capacidad de respuesta ante la actual emergencia pandémica: Cuba y Venezuela.

particular relevancia en la actual coyuntura de Covid-19, cuando la desprotección y la inseguridad social se han revelado como riesgo de muerte debido a la incapacidad de respuesta de los Estados para procurar el bienestar y cuidado de la vida de las personas.

Soberanía científica y tecnológica para la salud humana

La gran mayoría de los insumos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos, así como la infraestructura del sector salud, son fabricados por empresas transnacionales estadounidenses y europeas. Frente a ello, la soberanía científica y tecnológica que ha procurado el Estado cubano es una hazaña de relevancia incuestionable.

En conjunto, los sectores de educación y salud en Cuba han permitido ejercer un nivel importante de independencia en biotecnología y farmacéutica mediante el desarrollo de ciencias biomédicas. La nación caribeña cuenta con “37 unidades de ciencia, tecnología e innovación, 1,500 proyectos de investigación, 153 ensayos clínicos y 8 vacunas de producción nacional” (Padilla, 2020).

Entre sus avances científicos y tecnológicos para la salud, han desarrollado medicamentos para el tratamiento de pie diabético, vitiligo, el Alzheimer, la próstata, los bronquios y la dificultad respiratoria en recién nacidos. Entre sus vacunas más destacadas están aquellas contra el cáncer de pulmón y el VIH.

Como contribuciones al combate de Covid-19 en el mundo, las ciencias biomédicas cubanas produjeron el medicamento retroviral Interferón Alfa 2B, de cuya efectividad se benefició China para controlar el coronavirus durante los primeros meses de 2020. También están trabajando en cuatro proyectos contra el SARS-COV-2, dos de los cuales ya han sido presentados a la OMS y a la OPS: la vacuna FINLAY FR-1 *Soberana 01* dada a conocer en agosto de 2020, que se perfila como la primera vacuna segura y eficaz pro-

ducida en América Latina, cuyos resultados se estima que estén listos para febrero de 2021, y la vacuna conjugada FINLAY FR-2 para población pediátrica, así como la *Soberana 02*, registrada el 3 de noviembre en la lista mundial de propuestas vacunales contra la Covid-19.

Estos índices son parte del proceso de desarrollo humano que Cuba ha emprendido durante seis décadas...

En esta dirección, a finales de octubre de 2020 Venezuela registró ante la OMS el DR-10, fármaco desarrollado por el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) mediante una molécula de origen vegetal que inhibiría al 100% el Covid, además sin riesgo de toxicidad. También desarrolló un equipo propio de desinfección con ozono, 10 veces más económico que aquellos producidos en

Estados Unidos o Europa y con una durabilidad de 10 a 20 años. Con este equipo se logra reducir los contagios del personal médico en hospitales y ambulancias, contribuyendo a reducir la carga viral de quienes lleguen a infectarse.

Además de la apuesta a la ciencia como motor del desarrollo para los Estados cubano y venezolano, sus sistemas de salud pública obedecen al carácter prioritario que tiene la seguridad social de su población, como un aspecto bioético en la agenda política.

Desde hace 20 años, Venezuela ha procurado la innovación y el fomento científico. Como ejemplo tenemos la producción de equipos médicos y medicamentos para abastecimiento nacional y para su exportación. Estas acciones buscan ampliar las capacidades endógenas de desarrollo tecnológico que permitan reducir y eliminar la dependencia respecto a la tecnología extranjera.

Con el objetivo de fortalecer las capacidades locales en el conocimiento y combate al coronavirus, diversas instituciones médicas venezolanas –Centros de Alta Tecnología (CAT), Laboratorios de Virología Molecular y de Biología de Virus, el IVIC, el Instituto Nacional de Higiene RR, etcétera– trabajan en cultivos celulares para aislar el SARS-COV2, evaluar fármacos, ha-

cer ensayos de neutralización con anticuerpos y antivirales, visualización microscópica, análisis molecular, entre otros métodos.

Además de los relevantes hallazgos biomédicos y el desarrollo tecnológico en farmacéutica, Venezuela ha contenido los contagios y fallecimientos entre su población, resultado de una amplia estrategia de Estado: “en el desarrollo de la pandemia, el país se puede comparar a Costa Rica, Uruguay, Paraguay o Cuba, catalogados por la evolución del índice Oxford, entre los de mejores resultados en la región de las Américas comparadas con el mundo” (VTV, 2020).

Tal como lo muestra la lucha de gigantes por las vacunas en la coyuntura sanitaria por Covid-19, es necesario, urgente y posible un desarrollo científico y tecnológico biomédico que reduzca los grados de dependencia regional en el sector de la salud. En el Gran Caribe ya son dos los Estados que se están avocando a estas tareas rumbo a la soberanía científica y tecnológica para la salud humana.

Solidaridad para la vida: la geopolítica alternativa en el Gran Caribe

Como se ha visto, la salud pública es apenas uno de los temas prioritarios y sectores estratégicos que los Estados caribeños y latinoamericanos deben replantear en sus agendas políticas y proyecciones geopolíticas hacia un modelo alternativo de desarrollo.

Desde hace 60 años, el Estado cubano practica la cooperación y la solidaridad internacional como principio de su política exterior. En el ámbito de la salud pública, la labor de las Brigadas Médicas Cubanas es la experiencia de geopolítica alternativa más exitosa, con especial presencia en los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), cuyo principal objetivo es mitigar y enfrentar uno de los grandes problemas de esta región: los riesgos y la vulnerabilidad ante desastres ambientales.

...las acciones de este sistema de salud pública están orientadas hacia la promoción ...

Desde la primera brigada médica de solidaridad internacional en 1963, los profesionales cubanos de la salud han brindado su apoyo en 101 países de los 194 existentes. Durante sus primeras dos décadas, este tipo de cooperación se enfocó en los países del llamado Tercer Mundo, pues “se consideraba una contribución cubana a la liberación y desarrollo de los pueblos” (Padilla, 2020).

Hacia finales de los años noventa, se creó el Programa Integral de Salud (PIS) y la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) como respuesta del Estado cubano

en la coyuntura de afectaciones que dejaron los huracanes George y Mitch en el Gran Caribe. Ambos proyectos han contribuido enormemente a esta región, realizando una especie de operación hormiga para llevar atención y servicios médicos a comunidades en condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

El objetivo del PIS es mandar brigadas médicas a los lugares más remotos e inaccesibles, donde hay carencia de médicos nacionales; por su parte, la ELAM forma nuevas generaciones de médicos y médicas latinoamericanos, caribeños y africanos que eventualmente serán los profesionales de la salud que sus respectivas sociedades requieran para atender el derecho a la salud y la vida. Así, desde la primera generación de médicos y médicas formadas en la ELAM (2005), los nuevos profesionales aplican sus conocimientos en medicina y extienden la atención a la salud a los lugares más recónditos de regiones periféricas como el Gran Caribe y África.

En Venezuela, los médicos cubanos han participado en los programas Barrio Adentro y Misión Milagro contribuyendo a incrementar la atención a la salud y a mejorar los índices de desarrollo humano en esta sociedad.

Tanto Cuba como Venezuela, con su sistema de salud pública, ha inaugurado un paradigma alternativo de salud en tanto reproducción y preservación de la vida, contrario al modelo hegemónico que la ha deteriorado enormemente, tras décadas de privatizaciones neolibere-

rales en los servicios de salud y hospitalarios, acceso a medicamentos, producción científica y tecnológica y financiamientos.

En 2005 –por iniciativa de Fidel Castro– se creó el Contingente Internacional *Henry Reeve* de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias, con la intención de ayudar a las personas damnificadas en Estados Unidos tras el huracán Katrina, aunque el entonces presidente George W. Bush rechazó la ayuda.

No obstante, el Contingente *Henry Reeve* ha ayudado a muchos países en desarrollo y emergentes en casos de terremotos, lluvias intensas, huracanes y emergencias médicas, como el cólera en Haití (2010), el ébola en África (2014) y el Covid-19 en 24 países de América Latina y el Caribe, África, Medio Oriente y Europa (2020).

En la actual coyuntura, este Contingente ha logrado una proyección mundial y un reconocimiento expresado en la campaña internacional para otorgarle el Premio Nobel de la Paz por su actuación de solidaridad internacionalista ante la pandemia. De hecho, en noviembre de 2020 recibió un reconocimiento internacional en Argentina: el “Premio Democracia 2020”, otorgado por el Centro Cultural Caras y Caretas.

Es de señalar también la ayuda de Cuba al crucero británico con personas contagiadas de Covid-19, al que no se le permitía arribar a ningún puerto. Cuba aceptó la solicitud de Gran Bretaña e Irlanda para desembarcar en La Habana, recibir a los pasajeros y enviárselos de manera segura vía aérea.

Además del papel fundamental en la actual coyuntura mundial de pandemia 2020 que ha tenido el Contingente Internacional *Henry Reeve*, el desarrollo biotecnológico de Cuba ha tenido grandes alcances más allá de la escala nacional, al igual que la cooperación internacional de las brigadas médicas cubanas.

La actual crisis mundial por la pandemia de Covid-19 demuestra, entre otras cuestiones, que otro modelo de desarrollo y una geopolítica alternativa en el Gran Caribe –y toda América Latina– son más que posibles, necesarios y

urgentes. Dicha geopolítica alternativa tendría que replantearse críticamente el tema de la salud, como un proceso histórico y un producto social desde el cual avanzar hacia una práctica emancipadora que garantice la reproducción y el cuidado de la vida en nuestras sociedades. Ello mediante una práctica de solidaridad que integre proyectos sociales y esfuerzos cooperativos hacia la superación de los problemas de salud y desarrollo que aquejan a nuestras sociedades, llevándonos también a la superación de la dependencia y a la emancipación social en el Gran Caribe y América Latina.

Bibliografía

BORREGO, Elizabeth (2020), “Soberana 01, respuesta de la ciencia cubana en tiempos de pandemia”, en *Prensa Latina*. Dirección URL: <<https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=406194&SEO=soberana-01-respuesta-de-la-ciencia-cubana-en-tiempos-de-pandemia>>.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2020), “CEPAL y OPS: Controlar la pandemia requiere de convergencia y articulación entre las políticas de salud, económicas, sociales y productivas”, en *Informe*. Dirección URL: <<https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-ops-controlar-la-pandemia-requiere-convergencia-articulacion-politicas-salud>>.

CIUDAD CARACAS (2019), “Consejo Presidencial de Ciencia y Tecnología definió siete áreas en el ámbito productivo”, en *Alba Ciudad*. Dirección URL: <<https://albaciedad.org/2019/02/consejo-presidencial-de-ciencia-y-tecnologia-definio-siete-areas-en-el-ambito-productivo/>>.

DÍAZ, David y Ronny VIALES (2020), “Centroamérica: neoliberalismo y COVID-19”, en

- Geopolítica(s). Revista de estudios sobre espacio y poder*, Madrid, Universidad Complutense, núm.11 (especial).
- DW (2020), “Los países más pobres no dispondrán de la vacuna hasta 2022”. Dirección URL: <<https://www.dw.com/es/coronavirus-hoy-los-pa%C3%ADses-m%C3%A1s-pobres-no-dispondr%C3%A1n-de-vacuna-hasta-2022/a-55955970>>.
- FIELD, Connie (2006), *Salud The Film*, Dirección URL: <<https://www.youtube.com/watch?v=dthF5P7cBrg&t=1596s>>.
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI) (2012), “Perspectivas nacionales y regionales”, *Perspectivas de la economía mundial*, Washington D. C.
- GUPTA, Sanjay (2020), “La pandemia de coronavirus se ha convertido en un desastre humanitario en EE.UU.”, en *CNN en español*, 16 de noviembre. Dirección URL: <<https://cnnespanol.cnn.com/2020/11/16/analisis-la-pandemia-de-coronavirus-se-ha-convertido-en-un-desastre-humanitario-en-ee-uu/>>.
- IRIART, Celia (2016), “El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades”, en *Salúde em Redes*, Brasil, Editora Rede UNIDA, vol. 2, núm. 1.
- MORA, ANDRÉS (2016), “Centroamérica: el fracaso del neoliberalismo en el siglo XXI”, en *Contralínea*, núm. 726. Dirección URL: <<https://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/2016/09/25/centroamerica-el-fracaso-de-neoliberalismo-en-el-siglo-xxi/>>.
- PADILLA, Mario Antonio (2020), “Sin fronteras: Los médicos cubanos en Cuba y el mundo”, en *CubaDebate*. Dirección URL: <<http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/09/14/sin-fronteras-los-medicos-cubanos-en-cuba-y-el-mundo/>>.
- PLACERES, José Fernando (2007), “Barrio Adentro, expresión de la universalización de la enseñanza superior en Venezuela”, en *Revista Médica*, Cuba, Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, vol. 29, núm. 6.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) (2016), “Caribbean Human Development Report Multidimensional Progress: Human Resilience beyond Income”. Dirección URL: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/undp_bb_chdr_2016.pdf>.
- RT (2020), “Venezuela formaliza ante la OMS el hallazgo de la molécula que ‘inhibe al 100%’ el covid-19 para su certificación y registro”. Dirección URL: <<https://actualidad.rt.com/actualidad/371217-venezuela-oms-hallazgo-molecula-tratamiento-coronavirus>>.
- SERBIN, Andrés (2006), “El Caribe, Chávez y los límites de la diplomacia petrolera”, en *Revista Nuso*, Buenos Aires, núm. 205, septiembre-octubre.
- VTV (2020), “Científicos venezolanos trabajan arduamente para el control de la Covid-19”. Dirección URL: <<https://www.vtv.gob.ve/cientificos-venezolanos-trabajan-control-covid-19/>>.
- VTV (2020a), “Consejo Científico Nacional presenta equipo de ozono para desinfección contra Covid-19”. Dirección URL: <<https://www.vtv.gob.ve/consejo-cientifico-equipo-ozono-desinfeccion-covid19/>>.
- VTV (2020b), “Ejercicio Escudo Bolivariano cerrará acceso de ciudades para prevenir

Covid-19". Dirección URL: <<https://www.vtv.gob.ve/ejercicio-bolivariano-cerrara-acceso-ciudades/>>.