

República Dominicana: eslabones críticos en la epidemiología del SARS-CoV-2 en un territorio insular periférico

Gonzalo Basile

Epidemiólogo y cientista social argentino. Director e investigador del Programa de Salud Internacional, FLACSO-República Dominicana. Coordinador regional del grupo de trabajo *Salud Internacional*, de CLACSO. Profesor invitado a programas de maestría y doctorado de salud pública en universidades de América Latina, el Caribe y España.

Prasedez Polanco

Doctor en Medicina (Universidad Autónoma de Santo Domingo). Máster en Salud Pública (Universidad Eugenio María de Hostos). Ha publicado diversos artículos y materiales educativos sobre salud comunitaria. Se desempeñó como Médico Asistente del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (1983-2016). Es investigador asociado del Programa de Salud Internacional de CLACSO-República Dominicana.

Josvane Japa Rodríguez

Médico egresada de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Becaria de investigación del Programa de Salud Internacional, FLACSO-República Dominicana. Investigadora adjunta en el Centro de Investigación Dr. Hugo Mendoza. Asistente de investigación de la carrera nacional de investigadores.

Introducción

El caso de República Dominicana, como espacio insular periférico dependiente en el gran Caribe, permite observar y estudiar los impactos de la geopolítica de poder y el conocimiento sanitario activado, como verdad totalizante, en el afrontamiento a la pandemia global de SARS-CoV-2 en una dinámica nacional.

Más que repetir premisas únicas y positivistas de la enfermología pública (Granda, 2004), este artículo busca aportar una matriz de análisis e interpretación de los lenguajes, las acciones, las políticas y los operativos de respuesta a una epidemia particular, en este caso en el territorio y las territorialidades dominicanas.

Revitalizar el pensamiento crítico latinoamericano en salud (Basile, 2020a) implica sobre todo, en el contexto particular dominicano, describir los pronósticos catastróficos anunciados y los indicadores de resultados del ciclo epidémico en el 2020, revisar el gobierno de la epidemia de SARS-CoV-2 en manos de una nueva especialidad biomédica clínica nacional que son los diferentes tipos de “expertos”, para finalmente recuperar la capacidad de preguntar(se), dudar y asumir el conocimiento sanitario como campo de lo complejo, contingente y multidimensional (Almeida-Filho, 2006).

Este artículo busca caracterizar la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 en República Dominicana desde una matriz de análisis epidemiológico crítico, elaborada para el estudio de casos comparado en América Latina y el Caribe (Basile, 2020b), asumiendo una combinación metodológica observacional descriptiva y de análisis hermenéutico (Almeida-Filho, 2003). A partir de la revisión de la experiencia del país, desde una matriz de cuatro eslabones críticos (Gráfico 1), se abordan los procesos de gobierno del SARS-CoV-2 en el Estado y en la sociedad dominicana.

Gráfico 1. Matriz de eslabones críticos en la respuesta al SARS-CoV-2



Fuente: Basile, 2020b.

El eslabón de reactualización de la doctrina del contagio, como gramática del lenguaje sociopolítico para pensar la epidemia en el siglo XXI, se hizo perenne a gran velocidad en los actores sanitarios, sociales y políticos en República Dominicana, junto con un arsenal de transferencias de protocolos de prevención y control de infecciones hospitalarias a la vida en sociedad, articulado con lo que denominamos *el gobierno* de los “expertos” biomédicos clínicos pero también con otras tipologías en juego en la respuesta al ciclo epidémico del SARS-CoV-2. También resultan relevantes los arreglos híbridos en el sistema de salud dominicano como un aparato burocrático externo a la sociedad, intentando mitigar la fragilización resultante de la reforma al sistema sanitario; estos tres eslabones responden a la geopolítica de la seguridad sanitaria

global planteada como prioridad de salud global liberal y la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), articulados a las determinaciones del sistema mundo imperante (Basile, 2020a).

Sobre esta matriz de análisis de eslabones críticos, el presente artículo desarrolla una revisión detallada de estos cuatro procesos que tiene que enfrentar el pensamiento crítico latinoamericano en salud (Basile, 2020a), para caracterizar, analizar e interpretar las lógicas que se reproducen en el escenario de República Dominicana en respuesta al ciclo epidémico de SARS-CoV-2.

Determinaciones internacionales del SARS-CoV-2 para República Dominicana

El proceso crítico de aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización y financierización de la vida, con producción de inequidades por género, clase social y étnico-racial, deshumanizante exclusión social y destrucción ecológica ecosistémica es, quizás, la marca característica del capitalismo del siglo XXI y la dimensión estructurante de las crecientes crisis epidemiológicas (Breilh, 2010a).

Aunque el capitalismo como sistema social hegemónico imperante colonizó al ser humano, produjo cambios radicales en sus mecanismos, velocidades y lógicas de acumulación entre mediados del siglo XX y el siglo XXI, con impactos crecientes en las sociedades y también, a su vez, fue dejando profundas huellas y cimientos en los Estados latinoamericanos y caribeños, como es República Dominicana.

Hay múltiples versiones e interpretaciones del origen y evolución del SARS-CoV-2, aunque más allá de las dinámicas de reproducción

social y la epidemiología o virología del virus, todas significan saltos del metabolismo sociedad-naturaleza en el siglo XXI (Basile, 2020b).

Para la epidemiología el metabolismo sociedad-naturaleza estructura el origen del proceso socialmente determinado de las formas de vivir, enfermar y morir. Donde prima el *antropocentrismo* implica que la acelerada destrucción, manipulación, mercantilización de la sociedad sobre lo natural (madre tierra, ecosistemas) genera, de forma cada vez más recurrente y rápida, complejos procesos de subordinación de la naturaleza a las necesidades de acumulación social que producen transformaciones mutuas de la sociedad en el ambiente, y del ambiente impactando en la sociedad.

La conexión entre lo natural, lo biológico y lo social no se reduce a un vínculo externo, a algo “natural” o “catastrófico”, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento antes descrito.

Los cambios en las dinámicas poblacionales de urbanización malsanas y ecológicamente insustentables, la pérdida del equilibrio natural de los ecosistemas, la introducción de especies exóticas, el tráfico ilegal o la caza, el uso intensivo de agrotóxicos y la contaminación de la tierra y el agua, la producción masiva de desechos, la deforestación crítica, la cría intensiva de ganado con uso de antibióticos, y los monopolios de cadenas alimentarias constituyen, en definitiva, territorialidades de acumulación y de desposesión, de brutal y acelerada depredación de la sociedad sobre la naturaleza que es quizás la mayor amenaza hoy a la salud colectiva (Basile, 2020b).

Sin dudas, estas determinaciones socio-ambientales de la salud y la vida se encuentran en formas y modos de reproducción particular en el caso insular de República Dominicana.

El SARS-CoV-2 es un proceso salud-enfermedad determinado por este metabolismo sociedad-naturaleza. Por ello es clave la comprensión de que la determinación social de la salud y la vida “va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza” (Breilh, 2013).

Estos procesos de daños a la vida se asimilan como costos sacrificiales del desarrollo (Machado Araoz, 2012), o costos inevitables del progreso. Se evidencia de forma particularmente violenta en la segregación territorial, socio-espacial con las “zonas de sacrificio” ambiental y social, un término adoptado por Firpo-Porto (2013). Estos costos o sacrificios están intrínsecamente vinculados a una teorización del desarrollo que es asimilada con analogías al ciclo de la vida del ser humano, con una visión lineal de la evolución económica de las sociedades con etapas naturales que Occidente se encargó de exportar y promover, como cultura y hoja de ruta universal para alcanzar un tipo de calidad de vida (Rist, 2002). Esta prédica y creencia en la teorización del desarrollo se encuentra muy arraigada aún en los actores sociales y políticos, en el caso de República Dominicana y en América Latina y el Caribe.

Con un esfuerzo constante por darle un carácter científico a esa teoría del desarrollo, se asume una conceptualización donde todos los Estados se dedican a vivir “en desarrollo”. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios. Presupone que las unidades individuales, que serían

las sociedades nacionales y Estados-Nación, se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados-Nación terminarán siendo más o menos lo mismo. De aquí se desprenderán parte de las clasificaciones de la modernidad desarrollista con la categorización de países desarrollados-subdesarrollados, permeando incluso a la salud internacional con las tipologías de enfermedades de países de renta alta, renta media o renta baja, o enfermedades del subdesarrollo, la transición epidemiológica (Omran, 1971), entre otras premisas que, apenas son estudiadas en profundidad, hacen evidente la matriz de colonialidad y dependencia sanitaria (Basile, 2020c).

Wallerstein (2006) dirá: “este truco de ilusionismo implica que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados”. Por otro lado, Dos Santos (2020) marca que “desarrollo y subdesarrollo son dos caras de una misma moneda, de un mismo proceso”.

Esta breve caracterización de la dimensión general de las determinaciones internacionales de las crisis epidemiológicas se transforma en un condicionante evidente hacia la periferia (Dos Santos, 2020).

Es decir, la irradiación y reproducción de *determinación* implica comprender la complejidad de condicionantes y adversidades en multiniveles para el caso específico de República Dominicana, como espacio insular del capitalismo mundialmente periférico: la dependencia a las tecnocracias de la salud global liberal y panamericana, el lugar de compradoras periféricos al complejo médico industrial farmacéutico, los patrones de reproducción universal de las matrices de afrontamiento al SARS-CoV-2 (por ejemplo: cuarentenas empíricas, neohigienismo, seguridad sanitaria) aplicados a las particularidades territoriales excluyentes

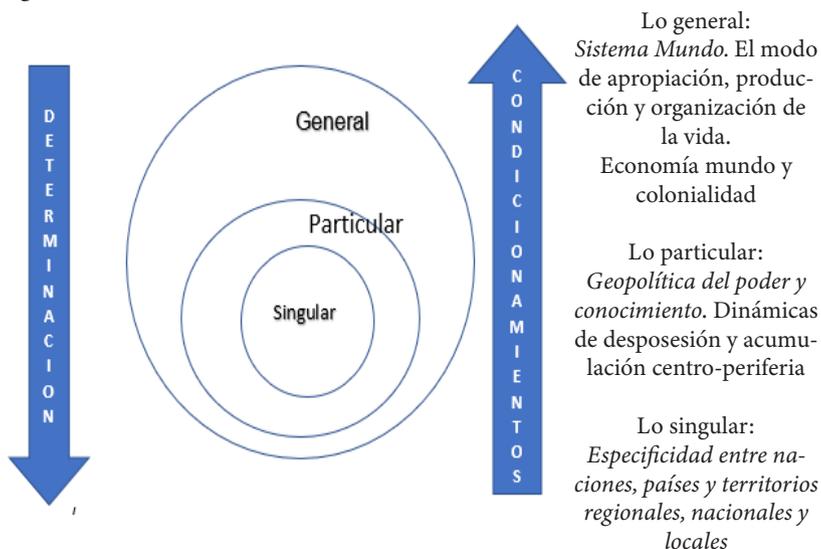
y desiguales, pero especialmente por los reducidos espacios de autonomía y soberanía sanitaria (Basile, 2019).

Gráfico 2. Modelo de determinación internacional de la salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Basile (2018).

Gráfico 3. Niveles de análisis y explicación del proceso de determinación de lo global a lo local



Fuente: Elaboración propia a partir de Breilh (2013).

En este contexto de las determinaciones internacionales, como principales amenazas a la salud colectiva y la vida, se consolida como respuesta global una creciente medicalización de la seguridad global, considerando la circulación de estas enfermedades infecciosas y nuevos patógenos entre las cuales se cuenta a las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el ébola, o actualmente el SARS-CoV-2. Estas son amenazas internacionales y temas considerados como de agenda de la seguridad nacional especialmente para el Norte global (Basile, 2020d).

Este es un primer eslabón crítico para revisar: la geopolítica de la seguridad sanitaria global que fue aplicada como dirección de la respuesta a la crisis del SARS-CoV-2. La seguridad sanitaria global (Flor, 2018) es un ideario que obliga a los Estados del Sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales del Norte global que a las necesidades reales de salud colectiva de sus sociedades (Rusthon, 2011). Parte de un nexo intrínseco entre seguridad y salud que se convierte en una narrativa dominante dentro del campo de la salud y lo internacional en las últimas tres décadas.

Flor (2018) presenta la emergencia de la seguridad sanitaria global como el producto de un proceso de medicalización internacional. Lo denomina *biomedicalización de las relaciones internacionales*.

Esta tesis geopolítica es el punto de partida de una interpretación cuyos orígenes algunos ubican en el año 1989, cuando el virólogo estadounidense Stephen Morse presentó el término de enfermedad infecciosa emergente (*Emerging Infectious Diseases* o EID, por sus siglas en inglés). Durante la década de 1990 los expertos en salud y seguridad de Estados Unidos, interesados por este concepto, comienzan a medir la amenaza internacional que suponía

la emergencia de nuevos virus desconocidos hasta entonces para su seguridad nacional (Flor, 2018). Así inundan la literatura sanitaria de las *enfermedades emergentes y reemergentes y la seguridad*.

A nivel mundial, a partir de la consolidación de la *salud global* liberal (Basile, 2018), el actor social que reclamó que esta denominación de enfermedades emergentes constituía una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, por sus siglas en inglés). Así argumentaba que podían afectar negativamente tanto sus intereses comerciales internacionales, geopolíticos como la salud pública de sus ciudadanos. La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de la *securitización sanitaria*, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional de Estados Unidos (King, 2002) pero sin considerar en lo más mínimo a las causas estructurantes de la aceleración destructiva del metabolismo sociedad-naturaleza que condicionan la aparición de estas nuevas enfermedades antes descritas (Basile, 2020b).

A partir de la geopolítica de la seguridad sanitaria mundial se fue construyendo un régimen de gobernanza global asociado, sin considerar en lo más mínimo la aceleración de la colonización de la naturaleza (Escobar, 2011) y sus impactos sobre la salud colectiva, o la propia reconfiguración y mercantilización de bienes públicos, colectivos y comunes para la vida (por ejemplo: privatización de sistemas sanitarios, pensiones, entre otros).

La propia autoridad médica internacional de la OMS estuvo por años presionada por las demandas permanentes de Estados Unidos para responder a esta lógica de seguridad sanitaria global. La OMS, como suele suceder en los últimos 30 años, asume una función clara de responder a los intereses geopolíticos del Norte

global (Davies, 2008). Para adecuar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional a estas exigencias, las tecnocracias de la OMS revisaron la última regulación del Reglamento Sanitario Internacional que estaba vigente desde mediados de 1950 y diseñaron una nueva estrategia de identificación, alerta y respuesta a los brotes epidémicos (Fidler, 2005). Así, entre 1995 y 2005, se crearon las dos principales estrategias que componen el actual sistema de vigilancia epidemiológica global: la Red Global de Respuesta a Alertas de Brotes (GOARN, por sus siglas en inglés) y las preparaciones pandémicas. Con la GOARN, la OMS mantuvo un aparente dominio y éxito en mostrarse como el actor principal para abordar las amenazas de enfermedades para el Norte y responder a estos intereses geopolíticos. Esta estructura se complementa con una serie de Organizaciones No Gubernamentales del Norte (ONGN) y actores no estatales que responden al régimen global de seguridad sanitaria.

De este modo se diseña el vigente sistema de vigilancia epidemiológica global, considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS contribuyeron a construir (Flor, 2018). Ello provoca que una epidemia en fase de afectación pandémica, principalmente para el Norte global en Estados Unidos, Canadá y Europa (OWD-Oxford University, 2020), paralice al sistema-mundo entero y replantea las reglas del juego. No por la pandemia en sí misma, sino que se replantea en el centro global una pregunta: *¿para qué sirve este sistema (léase la propia OMS) que creamos?* El descrédito de la OMS en varios países del complejo político liberal (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, entre otros) es creciente. En gran medida la afectación particular de Europa y Estados Unidos es lo que muestra una especial alerta, financiamiento, sobreatención y respuesta global de total prioridad para la seguridad sanitaria por el impacto geopolítico epidemiológico. Una vez pasada la afectación en el

centro global, habrá que monitorear la respuesta al proceso pandémico y epidémico en la periferia que, por ejemplo, en el acceso y distribución de vacunas demuestra parte de esta situación (Basile, 2020b). No alcanzarían estas líneas para disponer de ejemplos de otras epidemias y endemias y sus cifras de impacto en millones de vidas humanas en África, en América Latina y el Caribe o en las dinámicas destructivas en el Sur global que anualmente acumulan enfermedad y muertes evitables. Da la impresión de que nunca se ha logrado la misma atención ni respuesta global.

Como señala Flor (2018), las agencias de seguridad y los centros de investigación de Estados Unidos no dirigieron sus esfuerzos a estudiar y transformar los procesos determinantes de estas enfermedades sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológica global que pudiera responder y alertas a las amenazas a “su” seguridad (Aldis, 2008). De ahí la aparición en cadena de los centros de estudios que desde el Norte global centralizan el trabajo de este marco teórico y metodológico que coloniza la comprensión de las epidemias, pandemias y otras emergencias de salud pública: *Johns Hopkins Center for Health Security, Global Health and Security Executive Program Harvard Kennedy School and Harvard Medical School, Harvard Center for Risk Analysis, Oxford Centre for Tropical Medicine and Global Health, Global Health Security Index, Walter Reed Army Institute of Research*¹, entre otros.

La Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI, por sus siglas en inglés) es una asociación público-privada multinacional creada en 2015 por el Foro Económico Mundial de Davos, en especial promovida por la Fundación Bill y Melinda Gates y el Fondo *The Wellcome Trust* (fondo filantró-

1 ShareAmerica. *El Ejército estadounidense tiene una larga historia en detener contagios*. Recuperado de <https://share.america.gov/es/las-fuerzas-armadas-de-ee-uu-tienen-un-largo-historial-en-detener-contagios/>

pico-capitalista de Glaxo Smith Kline), donde ya venían haciendo ejercicios de preparación pandémica y anunciaron incluso un plan de vacunación global de COVID-19 en enero de 2020. De hecho, la vacuna del Laboratorio Moderna (Estados Unidos) es apadrinada por este mecanismo de la CEPI. En el caso del GAVI (Alianza para las Vacunas, de fondo público/privado) el 60% de su financiamiento viene de la propia industria farmacéutica y de los donantes de esos mismos países centrales que defienden a sus corporaciones farmacéuticas. Cuando un donante da dinero, por ejemplo, la industria farmacéutica y sus representantes solicitan estar presentes en los comités de expertos de los diferentes programas (de la OMS) o incluso en los comités de expertos en nuestros países. Revisar los Comités de Expertos de COVID-19 en América Latina y el Caribe permitiría mapear esta realidad. La pandemia puso nuevamente al descubierto este conflicto de intereses y de reproducción acelerada del capital. Ya había sucedido con la epidemia H1N1, donde los posibles fabricantes de vacunas y de medicamentos, como el Tamiflú, estaban sentados en el comité de expertos de la OMS que estaba decidiendo si se declaraba una epidemia.

Los Acuerdos sobre Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual, relacionados con el Comercio (APDIC o TRIPS, por sus siglas por inglés) del año 1995, continúan siendo el principal mecanismo por el cual un organismo multilateral global como la Organización Mundial del Comercio (OMC) impone los intereses del complejo farmacéutico a los Estados, sociedades y sistemas de salud, especialmente en aquellos países dependientes de importaciones farmacéuticas en el Sur. Estos derechos de patentes y licencias sobre los productos, vacunas y fármacos de facto impusieron el comercio y el lucro de las farmacéuticas multinacionales y nacionales sobre la salud colectiva.

En resumen, lo que viene ocurriendo a nivel internacional y regional implica poner en evidencia que la autoridad médica internacional de la Organización Mundial de Salud (OMS) se encuentra colonizada por los intereses de la propia industria farmacéutica, gracias a un proceso acelerado de privatización que la despoja de cualquier rol en la salud pública.

La seguridad sanitaria global, entonces, es un concepto modificado dependiendo del contexto, el patógeno y quién o qué está en riesgo (Flor, 2018). Las múltiples gramáticas de seguridad en la narrativa de la seguridad sanitaria mundial implicaron formas y lentes de abordajes desde los casos como el VIH-SIDA, SARS o las gripes pandémicas, el ébola, el zika, entre otras amenazas. Esto sugiere que existe una variación y readecuación reflejada en el lenguaje utilizado para distinguir los diferentes problemas de salud internacional, dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global (Wenham, 2019).

Esta tendencia incluye año tras año un creciente protagonismo de intervenciones militares, entendiendo a la salud como problema de seguridad nacional (McInnes y Lee, 2006). Cada año van quedando nuevos antecedentes: la participación militar nacional de China en la preparación y respuesta a brotes de influenza y SARS, la red de vigilancia liderada por militares de Perú, las actividades militares de detección de VIH de Tailandia, el control de vectores militarizados de Brasil y otros países de la región por el zika y dengue, la gestión del cólera por las fuerzas armadas en Zambia, los buques e incursiones del Comando Sur en Latinoamérica para atención médica de enfermedades desatendidas, y así la lista continúa. Esto es conceptualmente diferente con el cambio en paralelo producido desde la seguridad sanitaria mundial en la participación de militares en cuasi invasiones internacionales, para responder a las preocupaciones de enfermedades

infecciosas externas al Norte global, como fue el caso del ébola en Sierra Leona, Guinea y Libera, donde desembarcaron ejércitos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Francia, entre otros (Burci, 2014). Es un *modus operandi* con botas en el suelo para combatir la amenaza de una enfermedad. En África esas fuerzas militares comandaron las cuarentenas, la segregación y los centros de confinamiento (Honigsbaum, 2017).

República Dominicana cuenta con una larga tradición de las fuerzas militares con gran capacidad operacional en todo el país, las cuales intervienen en epidemias y respuesta a desastres, incluso trabajando mancomunadamente al Comando Sur de Estados Unidos en terrenos de emergencias de salud pública (COE, 2019).

El discurso del *excepcionalismo* (Ingram, 2013), con o sin fracasos generalizados, está produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al *normalizar* el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares, dependiendo del país) en la respuesta de emergencias de salud pública.

El “estado de guerra” a una enfermedad —demostrado en el caso del ébola o el zika y actualmente en el SARS-CoV-2— puede debilitar gravemente las acciones fundamentales de los servicios de salud pública generales, de atención básica centrada en la comunidad, de vacunación general, de respuesta a las enfermedades endémicas, de salud de las mujeres, del cuidado y protección sanitaria, es decir, puede producir *arreglos* en sistemas de salud con inyección de anabólicos de respuesta (Heymann, 2015).

Frente a este proceso, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia desde la salud internacional Sur-Sur (Basile, 2018) para poner en el centro el papel que desempeñan las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción

geopolítica de los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza, el neoliberalismo y capitalismo del desastre (Basile, 2020b). Este sistema mundo tiene una nueva autoridad sanitaria internacional que emergió con la salud global liberal, la cual quedó olvidada en el tránsito de la actual pandemia: las fundaciones filantrópicas, el complejo industrial farmacéutico y las organizaciones financieras y de comercio incluyendo el Banco Mundial (BM), la Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y la Organización Mundial del Comercio (OMC) que pasaron a ser actores centrales de la agenda sanitaria global (Basile, 2018). La llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a las reformas de los sistemas de salud, como ocurrió en República Dominicana, tuvieron asociación y coordinación directa con la propia OMS y OPS, agencias que actualmente lideran la respuesta sanitaria. Con la paradoja que los mismos actores globales y regionales que promovieron la fragilización de los sistemas y programas de salud pública, apostaron al pluralismo estructurado de mercados de coberturas en los sistemas sanitarios. Son ellos los que, por otro lado, aparecen como autoridad sanitaria global y regional en el actual contexto de pandemia.

La narrativa de seguridad sanitaria mundial y de seguridad sanitaria nacional, que ya se había afianzado en el panorama mundial de la salud y el discurso de formulación de políticas, encuentra en la “guerra” al SARS-CoV-2 una plataforma de reproducción global. Este proceso sigue la lógica de titulización de la Escuela de Copenhague, según la cual cualquier problema puede ser percibido como una amenaza a la seguridad “no necesariamente porque exista una amenaza existencial real sino porque el problema se presenta como una amenaza.” Es decir, la clave para esta comprensión de la securitización de la salud no es la “amenaza” real de un patógeno y/o enfermedad sino un acto de narración exitosa —dice

Wenham (2019) — “a través del cual se construye una comprensión intersubjetiva dentro de una comunidad política para tratar algo como una amenaza existencial para un objeto referente, [generando] el respaldo de medidas *excepcionales de emergencia, más allá de las reglas que de otro modo estarían obligados a cumplir*”.

Esto tiene repercusiones tangibles para las operaciones de seguridad sanitaria mundial, y se corre el riesgo de poner en peligro de naturalización y aceptación futura por parte de las sociedades en Latinoamérica y el Caribe, como es el caso de República Dominicana, con intervenciones de seguridad sanitaria mundial a partir de intervenciones militares y de policía médica globales sobre territorios y territorialidades nacionales. Con ello se corre el riesgo también de poner en (re)activación la capacidad de promulgar medidas extraordinarias que pueden ser siempre necesarias, es decir, una política de la excepcionalidad como nueva regla constitutiva en la respuesta a las emergencias de salud pública y desastres en el siglo XXI.

Toda esta matriz de operacionalización de mandatos globales de securitización no pudo expandirse sin el auxilio de la plataforma de la doctrina panamericana (Rapoport, 2008) que, una vez más, operó sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio bajo su dominio y la expansión de sus intereses. La salud internacional panamericana y la salud global liberal, en general orgánicamente, responden a una geopolítica del poder y conocimiento del Norte global y su sistema mundo (Basile, 2018).

Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño, desde fines del siglo XIX y durante todo el XX, con impactos también en las diplomacias y tecnocracias sanitarias de República Dominicana

(Basile, 2019). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “las Américas”, como un todo uniforme y a repetición, no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana de por medio (Basile, 2020c).

No es sorpresa que el panamericanismo sanitario reproduzca matrices de intervención en salud basadas en el control poblacional masivo como premisa: persecución y policía médica y militarización de emergencias de salud pública, una enfermología y epidemiología del siglo xx que promueve los ensayos de fases, expertos, predicciones y medidas experimentales (Basile, 2019).

Este breve contexto descrito de determinaciones internacionales se materializan en adversidades geopolíticas, mercantilización y dependencia sanitaria en las sociedades y Estados del Sur global, como es el caso específico de República Dominicana. Evidencia de un problema político sanitario complejo (nacional, regional, global) —crucial— que muchas veces es naturalizado e invisibilizado en las formaciones universitarias, de gestores públicos de salud colectiva y en la agenda y pensamiento estratégico del gobierno en el campo de la salud.

Una epidemiología y salud pública gobernada por la microbiología

La complejidad de una epidemia particular, en momentos particulares, en territorialidades y poblaciones particulares como las de República Dominicana en su especificidad geopolítica y demográfica, fue estudiada, problematizada y abordada con unidades de análisis y escalas de observación individuales, biomedicalizadas, asistencial-curativa y especialmente con demasiado copiado/pegado de la “evidencia” que producía la respuesta de Europa y Estados Unidos a sus epidemias. Estos sesgos fueron invisibilizados.

Por el contrario, en tiempo real se continuaron enunciando conclusiones de carácter general, totalizante y a partir de puro empirismo científico sobre el SARS-CoV-2, basado en ciertos presupuestos reduccionistas y *enfermológicos* (Granda, 2004).

Es decir, cuando se realiza una revisión sistemática, se encuentra una enunciación cotidiana de conteo de casos confirmados y defunciones, con tasas de frecuencia y distribución de casos clínicos en su mayoría sintomáticos que tuvieron acceso a pruebas diagnósticas (PCR) en establecimientos sanitarios, con las demoras reconocidas de la notificación de casos como en cualquier evento de salud pública (morbilidad y defunciones), que se reproducen en los sistemas de información en salud, entre otros sesgos y limitaciones.

El problema no solo fueron las dificultades para leer y comprender las limitaciones de estos datos de una epidemiología funcionalista, reduccionista y sesgada (Breilh, 2013) en su producción clásica de “información” sino que, quizás, lo más complejo fue que, sobre esta múltiple base informacional de actores públicos y sociales, en República Dominicana construyeron permanentes escenarios catastróficos sobre los impactos epidémicos, con especialistas clínicos sin formación epidemiológica haciendo inferencias de numerología a diario en los medios de comunicación. También existieron organizaciones no gubernamentales, fundaciones, y actores políticos enunciando curvas, tasas, contagios, positividad, pronósticos, pero especialmente todos coincidiendo en: la necesidad de “control”, “de más control” y, por último, la necesidad de implementar mejor los “controles”. Esto representa una *gubernamentalidad sanitaria* asumida no solo por los gestores sanitarios de Estado, sino por ciertas representaciones de lo que se denomina sociedad civil (Foucault, 2008).

Los sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre la sociedad —que expresan la colonización de la ciencia biomédica en el gobierno de la salud pública en el marco de SARS-CoV-2— generaron un complejo espiral de patologización de las interacciones humanas, un sobredimensionado conductismo individual como cuerpo teórico-metodológico (Basile, 2020a).

Foucault (1999), en el *Nacimiento de la clínica*, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basándose su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar. Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se consideraba, a principios del siglo xx, que era posible construir una *enfermología* pública (Granda, 2004), que se denominará salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones. Con el método científico positivista, basado en la idea de la verdad universal, este paradigma y maquinaria es la que se encuentra en operaciones que:

Al igual que la Medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la Salud Pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene. Esta metáfora del Estado mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicos es plenamente coherente con la concepción social dominante durante el siglo xix y a inicios del xx (...) El salubrista del siglo xx está encomendado, entonces, a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar

de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no solo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa

Para Granda (2004) las características de esta salud pública convencional a la que denominará *enfermología pública*, son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud.
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.
- El reconocimiento del poder del Estado como *un mago* de fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y control de riesgos, con los presupuestos funcionalistas de interpretar como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones.

Esta salud pública convencional fue colonizada por el gobierno de una biomedicina microbiológica al mando de la gestión, planificación, preparación y respuesta poblacional al SARS-CoV-2 en toda América Latina y el Caribe, donde República Dominicana no fue la excepción (Basile, 2020e).

En la actual pandemia global y en las epidemias particulares se construyó una gramática y un lenguaje de afrontamiento que delimitaron los campos del saber y del hacer frente al SARS-CoV-2.

Las categorías de “lugar”, “tiempo” y “persona” que continuaron utilizando como piedra basal de medidas cuantitativas de frecuencia (tiempo) y distribución, en una epidemiología funcionalista del siglo xx sobre el SARS-CoV-2, sigue sometiendo el pensamiento de la salud pública convencional a un encuadre empirista que produce un congelamiento de los procesos de salud-enfermedad como fenómenos esencialmente individuales, estáticos, pasivos, asistenciales y curativos que se registran como un conjunto de eventos aislados y sueltos: contar enfermos, muertos e identificar factores de riesgo, frecuencias, distribuciones y predicciones (Breilh, 2013).

Esta visión que permea los sistemas, servicios y programas de salud pública refleja en los establecimientos sanitarios instrumentos de atención centrados en la carencia o pérdidas físicas-biológicas individuales, focalizada en la enfermedad y en el ajuste de los estilos de vida de los individuos.

El pensamiento es el mismo en cualquier sociedad, población, territorio o contexto: el factor de riesgo discriminará aquellos que enfermarán de los que no enfermarán. La premisa es simple: a través de la conducta, las personas se exponen a una cierta combinación de factores que actúan independiente o sinérgicamente para causar la enfermedad. La búsqueda epidemiológica se orienta a las diferencias en el *estilo de vida* entre los individuos, en la creencia de que los cambios en la conducta personal llevan a una disminución en la exposición y riesgo de enfermedad, y de que tal cambio es posible. Esta conceptualización, llamada “epidemiología de los factores de riesgo” es una disciplina esencialmente mecánica, conductivista pero esencialmente culpabilizadora de los sujetos, que quita responsabilidad a la acción colectiva de las determinaciones de la salud, de los sistemas de salud y del Estado como bienes colectivos y comunes.

Estas categorías de análisis y escalas de observación y registro son importantes de comprender, ya que produjeron una interpretación *reduccionista* de los procesos salud-enfermedad de la sociedad dominicana, de los grupos y poblaciones, los modos de vida y sus intersecciones por clase social, etnia y género. Estas (in)compresiones impactan directamente en los sistemas de información en salud en general, volcando fuentes secundarias consolidadas de registros de servicios, establecimientos, autoridades sanitarias, atenciones individuales-curativas con la inexistencia o incapacidad en las grandes territorialidades y urbanismos desiguales de República Dominicana de notificar, de forma sistemática y vertical, la información de los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir.

Otro efecto significativo en la epidemia de República Dominicana es el incremento vertiginoso de la utilización de mapas, incluso instalando a la cartografía virtual como gestión de conocimiento sanitario.

Como señala Íñiguez (1998) los mapas no eliminan sino reproducen las deficiencias de la información en salud de las unidades de análisis, de la consolidación de la biomedicalización de la cartografía sanitaria. Los mapas pueden también convertirse en un recurso peligroso, al conseguir de una forma atractiva reducir la preocupación por las limitaciones de la calidad de la información y de las unidades de medición, además de incorporar otras nuevas deficiencias derivadas del desconocimiento o utilización incorrecta de métodos de representación cartográfica de la producción del espacio social y la salud colectiva (Santos, 2000).

Estos presupuestos desempeñaron un rol crucial a la hora de la reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI y de un sistema político-médico que establece distribuir a los individuos unos al lado de

otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si viven o mueren y mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Estas tesis del siglo XIV y XV fueron revisitadas y reactualizadas a gran velocidad (Basile, 2020e).

La medicina social y la salud colectiva (Paim y Almeida, 1999) sostuvo durante décadas que la salud era un proceso social históricamente determinado, un movimiento dialéctico con niveles y dimensiones en lo general, particular y singular. Es decir, aunque el proceso de salud-enfermedad-atención es fruto de las relaciones y dinámicas sociales, de cómo uno vive y trabaja, de la subsunción de lo biológico en lo social, nuevamente primó la idea de una salud como un “estado” individual, estático. De manera que, para mitigar y controlar la epidemia, había que paralizar al individuo en la vida en sociedad.

Epidemiología con y sin números de la epidemia

La crisis epidemiológica internacional del SARS-CoV-2 a nivel mundial representó el 2% del total de todas las muertes acumuladas por todas las causas en el año 2020.

Los 1,7 millones de muertes por COVID-19 en ese período (OMS, 2020) significaron un nuevo escenario ante los antecedentes de graves acumulaciones anuales de enfermedades respiratorias con un promedio de 3 millones de defunciones por neumonías en 2019 (OMS, 2019).

Lo anterior permite mostrar en su justa proporción a esta pandemia global como un problema de salud internacional tanto para el Norte como para algunas regiones del Sur global, en una situación epidemiológica de novedad virémica con tasas de ataque significativas en las sociedades latinoamericanas y caribeñas, con una sobremorta-

lidad identificada en ciertos rangos etarios, y posiblemente en el caso de República Dominicana, agravadas por inequidades de clase social, étnico-raciales y de género aún poco estudiadas en profundidad.

República Dominicana contaba con una población estimada de 10 535 535 habitantes para el año 2020, con tan solo 1,5% mayores de 80 años (155 469 habitantes) y un 5,8% mayores de 65 años (612 417 habitantes), según la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE, 2020). Esta población ya contaba con antecedentes de crisis epidemiológicas sobre enfermedades del sistema respiratorio: las defunciones acumuladas según causa de sistema respiratorio fueron 4 512 muertes en el 2018, de las cuales el 62% eran mayores de 65 años (2 783 defunciones).

En cuanto a defunciones acumuladas por neumonías anuales (n=1 000), en promedio el 60% también se produjeron en población mayor de 65 años en los últimos años en el país. La neumonías y enfermedades del sistema respiratorios están dentro de las tres principales causas de muertes en estos grupos de edad (mayores de 65 y mayores de 80 años) en la nación.

Es decir, en los períodos endémicos de brotes de influenza, como en la circulación de enfermedades respiratorias virales prevalentes de diciembre-enero-febrero y período estacional de verano (mayo-junio-julio), tenían ya impactos agravados en la tasa de mortalidad, especialmente en adultos mayores de 60 años.

Tabla 1. Defunciones acumuladas totales en 2017 y 2018, por neumonías y enfermedades del sistema respiratorio

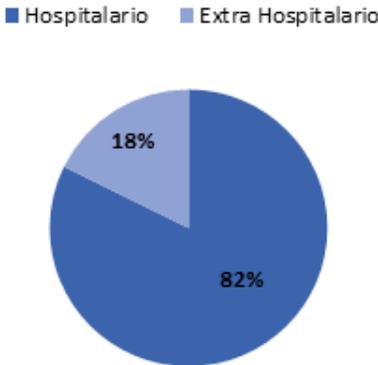
Causas de muertes	Defunciones por años		Total acumulado 2017/2018
	2017	2018	
Influenza (gripe) (J09-J11)	7	9	16
Neumonía (J12-J18)	951	1 054	2 005
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	2 785	3 449	6 234
Total	3 743	4 512	8 255

Fuente: Elaboración propia, a partir del registro en línea del certificado médico de defunción, Departamento de Información en Salud (DIS), MSP.

En este breve contexto epidemiológico es donde se sitúa la novedad virémica respiratoria del SARS-CoV-2, en circulación poblacional desde marzo de 2020, el cual generó hasta el 31 de diciembre del año 2020 un total de defunciones acumuladas de 2 492 por la enfermedad de COVID-19, período en el que fue agosto el mes de mayor cantidad de muertes notificadas (n=560). La COVID-19 representó el 5,7% del total de todas las defunciones en el país durante el 2020, en tanto República Dominicana en los últimos tres años tuvo un promedio de 42 556 muertes anuales por todas las causas (ONE, 2019).

El promedio de edad de las defunciones por COVID-19 fue de 65,5 años, en su mayoría varones (66%). En general las muertes se registraron en establecimientos sanitarios (hospitales y centros de atención médica), aunque también hay una proporción de muertes en espacios extrahospitalarios.

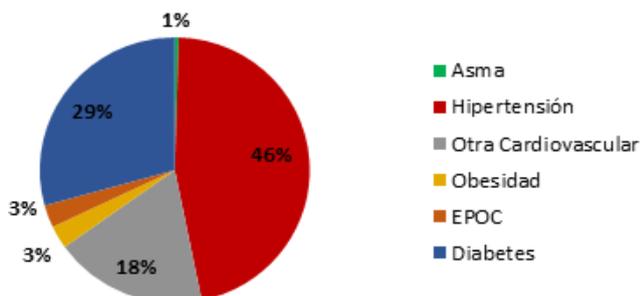
Gráfico 4. Defunciones por COVID-19 según lugar de la muerte.
Año: 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir del registro en línea del certificado médico de defunción, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud.

Para una primera aproximación descriptiva de la epidemia en República Dominicana resulta necesario algunas clarificaciones: basarse en la tasa de letalidad de la COVID-19, partiendo de la totalidad de casos acumulados y defunciones reflejados en los reportes oficiales del Ministerio de Salud Pública, fue un error recurrente de la lectura sanitaria, porque en un proceso de crisis epidemiológica expansiva se conocen las muertes acumuladas totales por una enfermedad, pero en ninguna epidemia en curso se sabe el número total de enfermos/as (notificación de casos), lo cual hace que se comuniquen en tiempo real tasas brutas de letalidad que no es válido reproducir y expresar de esa manera, alimentando un comportamiento individual de desinformación e inferencias sesgadas sobre el proceso epidémico en curso.

Gráfico 5. Defunciones por COVID-19 según comorbilidades, 31 de diciembre del 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir del registro en línea del certificado médico de defunción, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública República Dominicana.

La tasa de letalidad es una medida de proporción que refleja las personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por esa patología en un período y área determinados. Es decir, es una proporción en las defunciones de una enfermedad, sobre los enfermos de la misma enfermedad expresado en porcentaje.

A su vez, hay dos razones por las cuales la tasa de letalidad no refleja el riesgo de muerte (OWD-Oxford University, 2020). La primera es que la tasa de letalidad no nos dice el riesgo de muerte de alguien infectado con la enfermedad, y hay dos razones por las cuales se considera que la letalidad no representa el riesgo real de muerte. Uno de ellos tenderá a sobreestimar; el otro tenderá a subestimar.

Cuando hay personas que tienen la enfermedad, pero no son diagnosticadas, la tasa de letalidad *sobreestimar*á el verdadero riesgo de muerte. Con la epidemia de COVID-19, hay muchas personas no diagnosticadas (conocido como caso confirmado/notificado). La diferencia entre los casos totales y confirmados es que no sabemos el número de casos totales, aunque se usen porcentajes móviles o

ajustes estadísticos. No todas las personas se hacen o tienen acceso a la prueba diagnóstica de COVID-19, por lo cual el número total de casos es mayor que el número de casos confirmados y notificados expresados en los sistemas de información. Y cada vez que hay casos de la enfermedad que no se cuentan, la probabilidad de morir por la enfermedad es menor que la tasa de letalidad reportada especialmente en los medios de comunicación, los actores sociales y los especialistas de infectología clínica que lo reproducen. Esto significa que la cantidad de pruebas realizadas afecta la tasa de letalidad: solo puede confirmar un caso evaluando a una persona. Entonces, cuando comparamos la letalidad entre diferentes países, las diferencias no solo reflejan las tasas de letalidad, sino también las diferencias en la escala de notificación de casos y de acceso a pruebas diagnósticas.

Cuando algunas personas están actualmente enfermas y morirán por la enfermedad, pero aún no han fallecido, calcular la letalidad hoy en día *subestimar*á el verdadero riesgo de muerte. Con COVID-19, muchos de los que están enfermos y morirán aún no han muerto. En brotes epidémicos en curso, las personas que actualmente están enfermas eventualmente morirán de la enfermedad. Esto significa que actualmente se cuentan como un caso, pero eventualmente también se contarán como una muerte. Ello indica que la tasa de letalidad es más baja que el verdadero riesgo. Con la COVID-19 puede tomar de dos a ocho semanas que las personas pasen de los primeros síntomas a la muerte, según los datos de los primeros casos (Zhang, 2020). Eso señala que algunas personas que ahora se cuentan como casos confirmados y que morirán, aún no están incluidas en el número de muertes. Es decir, la letalidad es una subestimación de lo que será cuando la enfermedad haya seguido su curso y terminado el ciclo epidémico.

Estos son principios básicos en una emergencia epidemiológica que quedaron un tanto en la opacidad por la lluvia de interpretaciones, de curvas (desinformativas), de diversidad de fuentes de información, y de especialistas clínicos opinando sobre epidemias de afectación colectiva poblacional (Basile, 2020e).

Partiendo de esta sencilla revisión, en este artículo se trabaja con la tasa de mortalidad acumulada anual del 2020 para realizar comparaciones dentro del territorio dominicano y a nivel regional de América Latina y el Caribe, porque esta es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo, usualmente expresada por cien mil habitantes por año. Esto permite identificar la proporción de las defunciones por la enfermedad sobre la población total (donde están considerados “enfermos” y “sanos”), no solo la proporción sobre la notificación de casos confirmados (que nunca conocemos). En una epidemia de una enfermedad infecciosa es importante no solo estudiar el número de muertes, o el número bruto de muertes como una cantidad nominal, sino la proporción de defunciones de esa enfermedad sobre la población.

Dicho esto, la epidemia de SARS-CoV-2 tuvo impactos de mortalidad desiguales en todo el país. La primera epidemia significativa fue en la provincia de Duarte, en el centro-norte del país, para luego expandirse en una tendencia de urbanización en los grandes conglomerados urbanos, como el Gran Santo Domingo y Santiago, esencialmente donde priman ciudades con territorialidades de exclusión y de acumulación (Harvey y González Arenas, 1979).

La tasa de mortalidad de la enfermedad de COVID-19 en República Dominicana a nivel nacional terminó en el año 2020 en 23,7 defunciones cada 100 000 habitantes.

Las provincias con las tasas de mortalidad por COVID-19 más elevadas al cierre del año 2020, fueron Duarte, Distrito Nacional, La Romana y Puerto Plata. Como se observa la razón de tasa de mortalidad (RTM) entre la tasa de mortalidad nacional del 23,7 por 100 000 habitantes, era de casi el doble la razón de muertes por habitantes en las provincias de Duarte o Distrito Nacional.

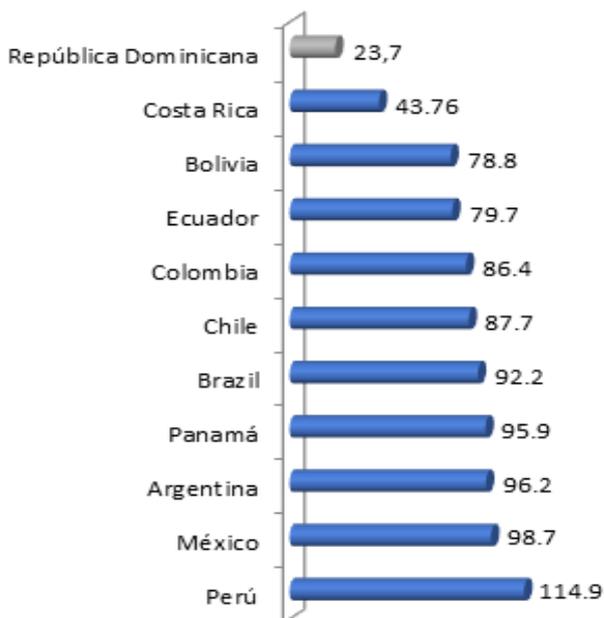
Tabla 2. Tasa de mortalidad cada 100 000 habitantes, según provincia. Año 2020

Provincia	Tasa Mortalidad x 100,000 hab.
Tasa Nacional	23,7
Duarte	41,92
La Romana	41,46
Distrito Nacional	39,75
Puerto Plata	39,41
Españolat	37,20
Santiago	34,58
La Vega	30,73
Hermanas Mirabal	27,11
Peravia	22,41
San José de Ocoa	21,83

Fuente: Elaboración propia, a partir del registro en línea del certificado médico de defunción, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud.

Ahora bien, en una comparación de indicadores de resultados anuales del 2020 en tasa de mortalidad de COVID-19 en las epidemias en América Latina y el Caribe, como se observa en el Gráfico 6, las epidemias con mayor proporción de defunciones por cantidad de habitantes fueron: Perú, México, Argentina, Panamá y Brasil, entre los primeros cinco países con las tasas de mortalidad más altas de la región.

Gráfico 6. Comparación de los primeros 10 países con tasa de mortalidad de América Latina y el Caribe, 31 de diciembre de 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir de EU-CDC.

Lo interesante aquí es ver la razón de tasas de mortalidad (RTM) de COVID-19 comparada de estos diez primeros países del continente con República Dominicana. La RTM significa la razón de la tasa de mortalidad entre un país A y un país B. El resultado se expresa, por ejemplo, como una RTM 1:2, que implicaría que, por cada muerte en el país A, hubo dos muertes en el país B.

Así la RTM nos marca que, por cada defunción por COVID-19 en República Dominicana, hubo 5 muertes en Perú, 4 muertes en México, Argentina, Panamá, Brasil, Colombia y Chile, o 3 muertes en Bolivia, Ecuador o 2,5 en Puerto Rico en el año 2020.

Tabla 3. Razón de tasas de mortalidad por COVID-19, 31 de diciembre de 2020

País	Tasa de mortalidad	Razón Tasa Mortalidad (RTM) República Dominicana
Argentina	96,21	4,32
Bolivia	78,82	3,54
Brasil	92,22	4,14
Chile	87,71	3,93
Colombia	86,40	3,88
Costa Rica	43,76	1,96
Ecuador	79,69	3,57
México	98,67	4,43
Panamá	95,95	4,30
Perú	114,86	5,15
Puerto Rico	54,60	2,45

Fuente: Elaboración propia, a partir de EU-CDC.

Por otro lado, cuando se comparan los resultados de tasa de mortalidad acumulada por COVID-19 en 2020 de República Dominicana en el gran Caribe insular, nos aparece Puerto Rico con la epidemia con mayor proporción de muertes (54,6 defunciones por COVID-19 cada 100 000 habitantes), aunque también se encuentran Sint Marteen, Aruba, Bahamas e Islas Vírgenes en los primeros lugares por encima de República Dominicana. Estos países, al tener poblaciones menores en rangos de 100 000- 400 000 habitantes, pocas muertes representan una proporción alta y difícilmente comparativa con países demográficamente diferentes, como son las islas más grandes del Caribe, como República Dominicana, Haití, Cuba, Jamaica o Puerto Rico.

Este breve repaso de tasas de frecuencia en mortalidad, a nivel nacional en República Dominicana y de forma comparada

con territorios latinoamericanos y caribeños, marcan que los nudos críticos de la epidemia de COVID-19 deberían ser pensados en clave de la especificidad territorial nacional dominicana y en clave geopolítica periférica, para estudiar los condicionantes, ensayos-errores, la dependencia, las dinámicas de “copiar-pegar”, el rol y las inferencias de los “expertos”, o el papel del panamericanismo sanitario (Basile, 2020d). En otros apartados de este artículo se busca interpretar el gobierno del SARS-CoV-2 y los pronósticos, presunciones y predicciones de “expertos” en un ejercicio de revisión crítica.

La “caja negra” del primer cuatrimestre de la epidemia

La caja “negra”, como lo denomina la epidemiología clásica (Susser, 1996; 2004), es un proceso que apunta a lo que se desconoce en el tránsito de un fenómeno clínico y donde solo se conoce la producción de resultados. Es una metáfora para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos están ocultos al observador. Aunque este concepto fue utilizado para la teorización de factores de riesgo (Susser, 1996), es interesante darle otro uso en el sentido epidemiológico crítico (Breilh, 2010b).

Este concepto quizás permite describir como metáfora los primeros 100 días de las epidemias de SARS-CoV-2 en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, y en particular en República Dominicana:

- Sin reactivos para pruebas diagnósticas PCR en un mercado concentrado de provisión al Norte global.
- Con laboratorios nacionales con baja capacidad diagnóstica y centralizada. Sin desarrollo de descentralización diagnóstica virológica a nivel provincial y/o municipal y

local para toma de muestras/notificación de casos, que se fue implementando a partir de mediados de año en lo adelante.

- Los promedios mensuales y pruebas diarias de PCR por población eran bajas (ver Gráfico 7 y 8).
- Bajas capacidades de respuesta en investigación y monitoreo epidemiológico familiar por el tipo de epidemiología implicada, como se describe en este artículo.
- Con la paralización del sistema de salud, perdiendo quizás la única “red” de pesca de problemas de salud-enfermedad en la cotidianidad de los programas de salud pública, en los centros de primer nivel de atención, en las acciones preventivas-promocionales comunitarias (muchas de ellas se comenzaron a retomar y pensar a partir del mes 4 o 5 de la epidemia dominicana).

Bajo estos condicionantes en el trimestre inicial fue donde justamente se implantó una parálisis social, con la hipótesis de cuarentenas experimentales como mecanismo de control de epidemias poblacionales en sociedades excluyentes, cuando en realidad ese período se transformó más en un *agujero* de conocimiento sanitario sobre lo que estaba sucediendo con la dinámica del proceso de salud-enfermedad epidémico de la COVID-19 en la sociedad dominicana, en particular, y la latinoamericana caribeña, en general.

Lo paradójico de esto es que, mientras sucedía este “agujero” de información para la producción de conocimiento epidemiológico, se fue desarrollando un conjunto de *creencias* basadas en fundamentos de *gubernamentalidad*, donde se consideró que la cuarentenología experimental aplicada era “exitosa” o “efectiva” en

ese primer cuatrimestre del 2020, bajo un conjunto de presupuestos de cierres, de aplanar curvas y controlar a la sociedad para controlar la epidemia. Incluso muchas veces las propias comparaciones a lo largo del año se hicieron con este período de cierre inicial como línea de base (OPS, 2020).

En realidad, como se analiza en el apartado de sistemas de salud, este agujero podría también haberse transformado en una incubadora silenciosa de transmisión de COVID-19 dentro de la sociedad, pero fuera de los sistemas de salud que quedaron como aparatos burocráticos a la espera del tsunami de hospitalización y cuidados críticos. Estas bases de comprensión implicaron una serie de decisiones públicas, pero también de una subjetividad de culpabilización individual recurrente en una especie de sociedad del miedo y el control.

Gráfico 7. Pruebas diagnósticas (PCR) cada 100 000 habitantes, según mes. Año 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir del registro Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública República Dominicana.

Gráfico 8. Promedio mensual de pruebas PCR por día e incidencia acumulada mensual de COVID-19, 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir del registro Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública República Dominicana.

Varios actores en República Dominicana utilizaron las bases de notificación de casos confirmados de COVID-19 para desarrollar diversos pronósticos o estimaciones, siempre partiendo del caso individual clínico sintomático que se expresa en una notificación obligatoria en los sistemas de información en salud.

Algunos profesionales dominicanos se centraron en los retardos de la notificación. Otros se enfocaron en sacar conclusiones ajustadas a la cantidad nominal bruta o a una positividad sobre pruebas diagnósticas realizadas, siempre girando sobre la notificación de casos diarios (OPS, 2020). Esto trajo como consecuencia la aplicación universal de intervenciones específicas (cierres, toques de queda, entre otros) basadas en fuentes de información sesgadas, clausurando otras posibles actuaciones sobre la salud colectiva de las poblaciones.

Ahora bien, en términos acumulados anuales, aunque se realizaron pocos estudios de seroprevalencia a gran escala en el mundo, o encuestas

para estimar la tasa de ataque de la COVID-19 a nivel nacional (tomando estudios comparados con un rango de 10%-15% de prevalencia (Kamps y Hoffmann, 2020), se puede trabajar con escenarios donde aproximadamente entre un 85% y un 90% de la población dominicana no transitaron la infección de la enfermedad de COVID-19 en el año 2020. Esto implica que, por lo menos, 1,5 millones de dominicanos y dominicanas padecieron la enfermedad en formas sintomática o asintomática.

Tabla 4. Escenarios según tasa de ataque de COVID-19 en República Dominicana. Año 2020

Escenarios	Tasa de ataque poblacional (en %)	Cantidad de casos de COVID-19 en República Dominicana, 2020
Escenario 1	10%	1 053 554
Escenario 2	15%	1 580 330

Fuente: Elaboración propia, a partir de Kamps y Hoffmann (2020).

Los datos de seroprevalencia disponibles muestran que solo unos pocos lugares, como Mumbai en India (Malani *et al.*, 2020) y Manaus, en Brasil (Buss *et al.*, 2020), alcanzaron una alta prevalencia en la población, cercana al nivel de inmunidad colectiva, estimado en alrededor del 60%.

Igualmente se requiere una interpretación cuidadosa de todos estos datos e informaciones. Se dispone de pocos estudios de seroprevalencia poblacionales a nivel nacional, en el caso de República Dominicana solo implementada en la región fronteriza con Haití (OPS, 2020). Además, la sensibilidad y especificidad de las pruebas serológicas que se utilizan pueden variar de un lugar a otro, y algunas personas pueden haberse infectado sin mostrar niveles detectables de anticuerpos en el momento de estudios de prevalencia.

Lo importante de esta breve reflexión es simplemente volver a distinguir que el número de casos notificados y confirmados por prueba diagnóstica —como suele ocurrir en toda epidemia de enfermedades infecciosas— que son reflejados por los sistemas de información en salud, no es lo mismo que el número total de casos de COVID-19 en la población. Por lo tanto, probablemente los casos notificados confirmados de COVID-19 en República Dominicana, como en el resto de América Latina y el Caribe, son solo una proporción —poco significativa— del total de casos. Eso por supuesto no solo impacta en la letalidad calculada (número de casos/número de defunciones) estableciendo a diario un cálculo de supermercado “colmado”, como lo llamarían en Dominicana, sino que también permite revisar retrospectivamente todas las inferencias de progresión y positividad sobre las cuales muchos actores nacionales y organismos internacionales sacaron conclusiones rápidas, denominadas como un *fast food epidemiológico*.

Los cuerpos administrativos de gestión del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana en ambos períodos intergubernamentales (las dos gestiones de gobierno de la epidemia) mantuvieron una comunicación institucional moderada y poco *catastrofista*.

Entonces, más que repetir las clásicas descripciones de frecuencia y distribución, este artículo busca abrir análisis sobre algunos territorios y espacios sociales de reproducción del proceso de salud-enfermedad de la COVID-19.

Durante los primeros meses de la pandemia global de SARS-CoV-2 y la epidemia de República Dominicana, la transmisión en los hospitales públicos dominicanos desempeñó un papel en el origen de brotes locales. Trabajar en áreas críticas de alto riesgo como cuidados intensivos, horas de trabajo más largas, la carga y

desgaste laboral por condiciones de trabajo malsanas, escasez de equipos de protección personal (EPP) y una higiene respiratoria y de manos subóptima después de un contacto cercano con pacientes de COVID-19, se asociaron con un mayor riesgo de infección en las y los trabajadores de la salud (Ran *et al.*, 2020).

Aunque la propagación nosocomial del SARS-CoV-2 está bien documentada a nivel global, las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones hospitalarias pueden prevenir la transmisión hospitalaria de forma efectiva, como la literatura comparada demuestra (Chen *et al.*, 2020; Nagano *et al.*, 2020; Callaghan *et al.*, 2020).

En términos descriptivos generales, los trabajadores de la salud de las unidades COVID-19 tendrían un mayor riesgo de infección por COVID-19 (5,4%) que los de otras unidades (0,6%) (Vahidy *et al.*, 2020). Sin embargo, un estudio chino de 9 684 trabajadores en el Hospital Tongji mostró una mayor tasa de infección en el personal sanitario que no es de primera línea (93/6 574, 1,4%) en comparación con los que trabajaban en clínicas de atención general o salas de febriles (17/3 110, 0,5%) (Lai *et al.*, 2020). En Italia la seroprevalencia fue más alta en el personal de laboratorio (18/175, 10,3%), seguida de auxiliares de enfermería (44/520, 8,5%), enfermeras (150/1 983, 7,6%) y médicos (55/755, 7,3%) (Calcagno *et al.*, 2021). De este modo, los que trabajaron en departamentos clínicos y de especialidades médicas distintos de la atención a COVID-19 y salas de febriles pueden haber tenido menos acceso a las medidas de protección adecuadas o tuvieron menos recursos para adoptarlas efectivamente.

Esto, en República Dominicana, se verifica especialmente con los equipos de salud de los centros de primer nivel de atención (CPNA) del gran Santo Domingo y en las unidades de atención primaria (UNAP) periféricas y rurales que, a partir del último trimestre del

año, comenzaron a tener una mayor centralidad, apoyo y fortalecimiento de capacidades para la respuesta a la COVID-19 en el país. En observaciones no participantes y talleres grupales con 160 profesionales de la salud pública del primer nivel de atención, entre los meses de abril y mayo, se evidencia la falta de preparación metodológica, formación técnica y materiales de protección para la respuesta a la pandemia, por lo cual estaban casi cerrados los CPNA.

En República Dominicana, como en otros países de la región, también hubo una gran circulación de pronósticos e inferencias sobre eventos considerados “superpropagadores” de COVID-19 (Wang *et al.*, 2020), en el sentido de situaciones productoras de brotes epidémicos: movilizaciones humanas al aire libre (por ejemplo, peregrinaciones) o personas haciendo ejercicio en parques u otras actividades de la vida en sociedad. En general aún hay escasos estudios de la principal cadena de transmisión en el caso dominicano: los hogares y la transmisión intrafamiliar. Actualmente hay un estudio en fase exploratoria, desarrollado por un equipo de investigación del Programa de Salud Internacional de FLACSO, en conglomerados urbanos seleccionados de Santo Domingo Oeste y Santo Domingo Este. En un excelente estudio de cohorte retrospectivo de 1 114 casos índice confirmados por PCR de Singapur, Vernon Lee *et al.* identificaron 7 518 contactos cercanos en los hogares y laborales (1 779 contactos domésticos, 2 231 contactos laborales y 3 508 contactos sociales en el hogar) (Ng *et al.*, 2020) (Pung *et al.*, 2020). Las lógicas de control de la movilidad humana, como premisa sustancial de parálisis de las epidemias, olvidaron el nudo crítico del hogar y la familia.

En general las epidemias, tanto en República Dominicana como en el resto de los países latinoamericanos y caribeños, tuvieron una matriz eminentemente *adultocéntrica*. En particular se

culpabilizó a las y los jóvenes como megatransmisores, aunque nunca hubo consultas ni consideraciones significativas sobre sus intereses, padecimientos, preocupaciones y situaciones de una infancia en indefensión y una adolescencia culpabilizada (Ver cuarentenas experimentales). De hecho, la premisa de que los niños, las niñas y los adolescentes eran vectores de la COVID-19 se encuentra bastante descartada. Un estudio realizado por el Instituto Pasteur (2020) en abril de 2020 (antes del cierre de las escuelas en Francia) que incluyó a 510 niños de escuela primaria concluyó que “los niños no transmitieron la infección a otros estudiantes, ni a los maestros ni a otro personal de las escuelas”. Otra investigación en pacientes menores de 16 años en Ginebra, Suiza (Posfav-Barbe *et al*, 2020) también concluyó que, a diferencia de otras infecciones respiratorias virales, los niños y las niñas no parecen ser un vector importante de transmisión del SARS-CoV-2. En la mayoría de las revisiones de niños en atención pediátrica: “Los casos descritos dentro de grupos familiares aparecen sin documentación de transmisión de niño a niño o de niño a adulto”. Igualmente, una revisión de 14 estudios publicados (Rajmil, 2020) simplemente concluyó que los niños no son transmisores en mayor medida que los adultos.

La mayoría de los países latinoamericanos y caribeños, incluso República Dominicana, se encuentran en procesos de decisiones sobre la reapertura de las escuelas primarias y secundarias, considerando el posible aumento de infecciones por COVID-19 como menos dañino que la pérdida de educación básica, las rupturas de socialización, el acceso a alimentación en espacios educativos y el daño de la salud mental hacia las y los niños, niñas y adolescentes en confinamientos desiguales y, en muchos casos, violentos. En el momento de escribir este artículo (principios de diciembre de 2020), la reapertura de escuelas en otros países no parece haber contribuido sustancialmente a las epidemias nacionales.

Para terminar de caracterizar la COVID-19 durante el año 2020, es válido destacar que en República Dominicana se realizaron elecciones presidenciales y legislativas nacionales en el mes de julio. Este proceso, de alguna manera, marca junto a la etapa estacional de enfermedades respiratorias un probable incremento de cadenas de transmisión, especialmente por la propia dinámica sociopolítica de las campañas electorales dominicanas, las cuales se basan en contactos directos de cercanía como visitas a las casas, encuentros grupales en lugares cerrados, entre otros. Lo paradójico es que múltiples actores sociales^{2,3} que exigían libertad para la movilidad proselitista y transparencia del proceso electoral, posterior al día de votación, eran los mismos actores que estaban anunciando una catástrofe de muertes de COVID-19 y exigían nuevamente cierres^{4,5}.

El gobierno del SARS-CoV-2 en República Dominicana: entre los expertos y los ensayos experimentales

La caracterización del gobierno de la respuesta a la emergencia del SARS-CoV-2 se describe en esta revisión desde dos componentes estructurantes para el caso de República Dominicana:

1. El gobierno de los “expertos”, con la institucionalización de la *guberbiologización* de la salud pública y las dinámicas de asociaciones público-privadas.

2 Diario *El Caribe*. Recuperado de <https://www.elcaribe.com.do/destacado/presidente-cmd-reitera-cuarentena-absoluta-para-controlar-el-covid-19/>

3 Diario *Listín*. Recuperado de <https://listindiario.com/la-republica/2020/07/10/625722/jose-joaquin-puello-estima-que-en-pais-pudiera-haber-ya-cien-mil-contagiados-por-covid-19>

4 Proceso. Recuperado de <https://proceso.com.do/2020/07/19/foro-ciudadano-presenta-propuestas-a-aplicarse-en-nuevo-estado-de-emergencia/>

5 Z Radio. Recuperado de <http://z101digital.com/jose-joaquin-puello-el-pais-debe-volver-a-establecer-medidas-restrictivas-ante-la-covid/>

2. La condensación institucional activada en un marco metodológico expresado en cuarentenas experimentales, neohigienismo, punitivismo y vigilantismo sanitario (por ejemplo: toques de queda, cierres/aperturas, culpabilización a la sociedad, doctrina del contagio, otros).

Es importante aclarar que el presente artículo, por razones de extensión, no describe ni analiza las dinámicas sociopolíticas a nivel social y comunitario, en los territorios y territorialidades del país donde se desarrollaron experiencias de respuesta de actores de la sociedad civil, incluso entrelazadas con gobiernos locales e instituciones subnacionales en trayectorias de *abajo hacia arriba*, a través del protagonismo popular.

El primer componente para revisar es la gramática y acción de los “expertos”, especialmente en el gobierno *biomedicalizado* de la salud pública y las improntas naturalizadas de asociaciones público-privadas de los actores sanitarios en República Dominicana, huellas que van quedando en el Estado.

Dar seguimiento al lenguaje sanitario condensado en la comunicación institucional de las y los expertos, semana a semana desde inicios de marzo hasta nuestros días, solo permite constatar la hegemonía de una epistemología clínica individual infectológica utilizada, los intentos de dotar de científicidad empírica los ensayos experimentales, logrando efectivizar en las instituciones de atención médica y en el propio gobierno del Estado la ejecución de una única verdad, desde la ideología científico-tecnológica, con el fin de prevenir los riesgos de enfermar y el control de la sociedad (Basile, 2020e), y de convertir, con engranajes público-privados, cada necesidad o problema del ser humano en una empresa rentable,

incluso en una emergencia sanitaria. Es lo que Klein (2007) denomina “capitalismo del desastre”.

En este sentido, la representación del “experto” en la epidemia de SARS-CoV-2 (dentro y fuera del aparato del Estado) resulta clave para entender, por un lado, la circulación de cierta información, lenguaje y de un tipo de conocimiento sanitario que busca totalizar la comprensión del proceso epidémico, y por otro, los impactos técnicos-políticos y metodológicos que tuvieron estos en las intervenciones de salud colectiva. Se clasifican y describen tres tipos de “expertos” para el caso de República Dominicana:

- Los *expertos*, en su mayoría varones, del gobierno del aparato del Estado. Incluyendo un entramado de asociación público-privada en el gobierno de la esfera pública.
- Los *expertos* de la conversación pública. Personajes dispuestos a repetir cualquier cuestión por unos minutos en medios de comunicación masiva, aparición en redes sociales y posicionamiento de sus intereses corporativos y/o personales. Quizás el ejemplo más emblemático sea el caso del presidente y algunas referencias biomédicas del Colegio Médico Dominicano (CMD), aunque hubo otros.
- Los *expertos* de organismos y agencias internacionales, en especial con el rol aún protagónico del panamericanismo sanitario (Basile, 2019).

La importancia de esta categoría de análisis de “los expertos” tiene implicaciones sobre otros actores subalternizados o excluidos: la propia universidad pública y sus instituciones (Universidad Autónoma de Santo Domingo), las mujeres, los jóvenes, los gremios de trabajadores sanitarios no médicos, las comunidades rurales y

las/os campesinos, las y los salubristas dominicanos de formación con experiencia y compromiso público que se las ingeniaron para sostener los servicios de salud pública y una respuesta de salud colectiva en contextos adversos. Algunas de estas exclusiones, con el cambio de gobierno nacional, se comenzaron a revertir: por ejemplo: el Gabinete de Salud que actualmente coordina la vicepresidenta del país y los gremios de salud fueron incorporados en espacios de interlocución especialmente por condiciones de trabajo en el sector salud.

Para avanzar en este análisis y tipología de expertos, es necesario inicialmente dar un marco sintético de las bases de la ciencia microbiológica, en el estudio de microorganismos desde bacterias, virus, hongos, parásitos, que tiene implicaciones claves para lo que hoy reconocemos como la hegemonía biomédica en el campo de la salud humana (Menéndez, 2005). Una ciencia aplicada con centralidad en el laboratorio, el microscopio y la idea del descubrimiento del agente infeccioso (bacterias en un principio), como agentes específicos causales en la producción de enfermedades. A partir esto se desarrolla la famosa tríada causal de *agente infeccioso-huésped-medioambiente*. La ciencia microbiológica expandirá sus capacidades en la inmunología y virología como ramas científicas biomédicas (Engleberg *et al.*, 2007).

Ahora bien, al enunciar *microbiología*, nos estamos refiriendo a un conjunto de dispositivos y narrativas explicativas de los mecanismos de patogenicidad de los diferentes grupos de microorganismos, de transmisión y cuadros clínicos asociados, de las principales pruebas de diagnóstico de las enfermedades infecciosas, de los principios básicos de la inmunoterapia y de la problemática asociada o de la terapia antimicrobiana y la problemática de las resistencias a los tratamientos (Prats, 2006). Es decir, un recetario encuadrado dentro de la *biomedicina infectológica* que, desde lo

singular del proceso patógeno, estará produciendo mecanismos, normas y conductas a seguir no solo para el individuo en su riesgo singular, sino supuestamente extrapolables para atender la salud colectiva de la sociedad (Basile, 2020e).

Esta biomedicina infectológica es la que entró en sala de operaciones en el gobierno de la preparación y respuesta a las epidemias de SARS-CoV-2. Lo que en este y otros artículos se denomina el *gobierno de la microbiología* (Basile, 2020e).

Según Matus (2007), el *gobierno* es un triángulo que se mueve entre el proyecto, la gobernabilidad y la capacidad de gobernar. En este trabajo denominaremos *gobierno* a la capacidad tecno-política teórica y metodológica con la cual los actores sociales analizan y abordan situaciones y problemas cuasiestructurados y complejos que se dan en la sociedad. El gobierno, no como simples “funciones” u organigramas, sino como un proceso dinámico, constante y permanente de análisis y respuesta a situaciones y problemas complejos (Matus, 1987).

Se define como *microbiologización del gobierno* (Basile, 2020e) el proceso de diseño e implementación de un aparato burocrático de intervenciones socio-sanitarias desde el Estado hacia la sociedad, donde se logra imponer un conjunto de significaciones, simplificaciones y gobernanza presupuestas como únicas, positivistas, totalizantes y reproducibles.

Foucault (2008), en este sentido, creó el término *gubernamentalidad*, entendido como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado, a través de la

salud que empíricamente excede la intervención en las enfermedades para transformarse en una mentalidad de control en y con la sociedad.

En este texto se define como un proceso de *guberbiologización*, donde se plantea un divorcio o división del trabajo en el gobierno de la epidemia: el diseño y la toma de decisiones real en manos de una *microbiologización* de la salud pública y el rol de los expertos.

Este proceso se da en un contexto de tejidos institucionales públicos sanitarios extremadamente débiles y fragilizados en República Dominicana, con un desprestigio estructural acumulado a todo aquello que sea visibilizado como capacidad pública y colectiva, lo cual permite rápidamente la reproducción de esta microbiologización de la respuesta al SARS-CoV-2 fuera del Estado y la sociedad. Es decir, las capacidades de respuesta están en la *experticia* privada, sobre todo microbiológica, y especialmente en el gobierno de las y los expertos de la ciencia del individuo (Basile, 2020a).

El saber (bio)médico, como modelo epistemológico hegemónico (Menéndez, 2005), rápidamente excedió la explicación y el estudio del mundo de la enfermedad clínica de la COVID-19, y se ofreció como pertinente para producir conocimiento acerca de la salud colectiva y la calidad de vida de la sociedad (Breilh, 2010b).

Esto fue generando un entramado de respuesta a la epidemia dominicana, con conjugaciones similares a las *políticas basadas en las evidencias* y la *medicina basada en la evidencia* (Fernández, 2011): el problema es quién está produciendo “la evidencia” demostrativa de lo que se *debe hacer*, de la *efectividad* en el repetido control poblacional, de los alcances de las cuarentenas, de la policía médica, de un empirismo salubrista biomedicalizado de ensayo-error o de la estructuración de asociaciones público-privadas en la respuesta a la emergencia (Basile, 2020b). Todos los ensayos experimentales

comandados por la ciencia del individuo clínica son relatados como una ciencia positiva a partir de una epidemiología “a la carta”: la cuantificación de tasas sobre la enfermedad y muertes es presentado como un conocimiento que no es tal. Primero “cuantifico, luego reflexiono”. Quizás sea necesario primero reflexionar, para luego ver qué medir y cómo hacerlo. Ampliar marcos de comprensión sobre las unidades de análisis y escalas de observación y registro epidemiológico es asumir verdades diversas, complejas y contingentes (Almeida-Filho, 2006).

A través del lenguaje sanitario no solo se describe y transmite conocimientos, sino que se delimita la actuación, el *hacer*, las prácticas en el campo de la salud, que pueden transformar las subjetividades, condiciones sociales de vida y el mundo en que se vive, o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa externas a la propia vida en sociedad (Granda, 2004).

Un ejercicio rápido de revisión, sistematizando el perfil de la conformación técnico-política de comités operativos de emergencias de salud pública, de comités de expertos, de los comités presidenciales o el más reciente gabinete de salud, nos arrojan algunas evidencias en este sentido (OPS, 2020).

Un diseño weberiano de respuesta del Estado: organigramas en clave de cadena de mando

En este apartado, se puede mencionar una gran cantidad de decretos presidenciales, resoluciones y marcos jurídicos tanto del Poder Ejecutivo como del Congreso Nacional en el marco de las declaratorias del estado de emergencia (Resolución No. 62-20, 2020), las cuales se fueron condensando en el diseño institucional de la respuesta del Estado dominicano a la epidemia de SARS-CoV-2 a nivel nacional. Sin embargo, el objetivo de este texto es caracterizar y analizar.

Para Weber (2015), en sus estudios sobre la burocracia, el Estado existe en tanto cuenta con un cuerpo administrativo burocrático. Ya uno de los teóricos eurocéntricos del Estado, como el alemán Carl Schmitt planteaba una premisa: “te protejo, y por tanto te obligo”. Bajo esta teorización, el Estado es pensado y reducido a un *aparato burocrático externo a la sociedad* para amplios sectores, actores y corrientes teóricas. Un aparato de control de fronteras, territorios, administración de bienes y de la población como objeto.

Este aparato estatal, en general, tiende a describirse a sí mismo con una apariencia de imparcialidad, que garantiza el orden, la seguridad o la salud. El principal problema es que la mayoría de las definiciones weberianas contienen dos niveles diferentes de análisis clásicos: *el funcional* y *el institucional*. Esto implica que muchos autores y actores definen al Estado *por lo que parece* institucionalmente, o bien, *por lo que hace*, sus funciones. Lo que prevalece es una visión mixta, pero en buena medida institucional e instrumental. Por eso, en general, cuando se describe al Estado se lo hace a partir de listar “las instituciones” (por ejemplo: ministerios, organismos, etc.) o lo que hace (por ejemplo: sus funciones y acciones, programas, etc.).

En esta conceptualización weberiana (O’Donell, 2009), el Estado contiene cuatro elementos fundamentales: 1. Un conjunto diferenciado de instituciones y personal, 2. Centralización en el sentido que las relaciones políticas irradian del centro a la periferia, incluso a pesar de la descentralización institucional neoliberal, 3. Un área territorialmente demarcada donde actúa, y 4. Un monopolio de dominación coactiva autoritaria, apoyada en un monopolio de los medios de la violencia física que se expresa en Fuerzas Armadas, de seguridad, etc. Es decir, el Estado moderno también condensa los cimientos de sus largas tradiciones estructurantes en su cultura organizativa: la Iglesia y

el Ejército: *Potestas y Autoritas*⁶ (Monedero, 2015). Una cuestión de fe y/o de fuerza. O ambas.

Partir de esta revisión teórica, permite observar la materialización de una conjugación de organigramas operativos de respuesta a la emergencia de salud pública llenos de expertos clínicos en su mayoría varones, burocracias estatales con fuerzas de seguridad y/o militares en el centro de las toma de decisiones de las instituciones públicas, y, por otra parte, postulados de estilos de vida hiperhigienizados, cambios de comportamientos individuales, que se narran repetidamente, y que intentaron implementarse en sistemas de salud *neoliberalizados* y sociedades excluyentes, inequitativas y desiguales, como la dominicana.

El Estado latinoamericano y caribeño, como el dominicano, pareciera tener una genética weberiana de sus modos de intervenir con una selectividad estratégica, en tanto al Estado le es más fácil solventar y responder unos problemas que a otros (Jessop, 1999). La conjugación de institucionalidades atestadas de expertos varones, fuerzas de seguridad y militares, y, por otra parte, sin espacios de simetría de poder con referentes populares, mujeres, campesinado y trabajadores organizados, habla en cierta medida de la selectividad estratégica del Estado dominicano a la hora de gestionar la epidemia (Basile, 2020d).

El Estado dominicano en clave weberiana quedó reducido a un aparato burocrático, externo a la sociedad, en la dinámica de afrontamiento a la COVID-19, a través de la activación de medidas de expertos, cuarentenas, higienismo, militarización y policía médica. La tesis del Estado como agente para “controlar”, “vigilar”, “combatir”, “eliminar”.

Para la operacionalización de esta matriz, se pueden distinguir dos aparatos institucionales creados. Uno en la primera etapa del año, y otro a partir del cambio de gobierno nacional en el mes de octubre de 2020:

- Un Comité de Emergencia y Gestión Sanitaria (Decreto 141-20, 2020) para el combate de la COVID-19 a nivel de gestión operativa, coordinado por el Ministro de Salud Pública nacional y bajo la particular dirección ejecutiva de un consultor del sector privado de salud y *lobbyista* de asociaciones público-privadas en salud. A su vez, con una Comisión de Alto Nivel para la Prevención y el Control del Coronavirus a nivel presidencial (Decreto 133-20, 2020).
- Un gabinete de salud presidencial (Decreto 498-20, 2020) y un Plan Operativo de Respuesta a la Emergencia por la COVID-19, donde la dirección se encuentra en manos de una mujer, la actual vicepresidenta nacional, e integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y otros actores de instituciones gubernamentales.

En ambos diseños, médicos de formación clínica del sector privado y del campo empresarial tuvieron participaciones protagónicas en las estructuraciones del gobierno de la respuesta al SARS-CoV-2.

En una primera etapa de la respuesta del gobierno, la dirección ejecutiva nacional estuvo en manos de un emblema del concepto de “experto”: médico clínico presidente de una fundación llamada Cluster de Salud de Santo Domingo (CSSD⁷), que agrupa importantes actores y empresarios del sector privado de salud (directivos de Humano Seguros, Laboratorios Amadita, Clínica Abreu, ARS

7

Cluster de Salud Santo Domingo. Recuperado de <http://www.clustersaludsd.org/>.

Futuro, Medicalnet, entre otros) y en colaboración con las principales sociedades médicas profesionales de especialidad clínica privada. Este director ejecutivo del primer comité de emergencia y gestión sanitaria de COVID-19 de República Dominicana expresaba durante el semestre inicial de la epidemia que:

(...) en las implicaciones económicas, epidemiológicas y de salud privada de las medidas establecidas para responder a la COVID-19 (...) el sector privado salud se convierte en una fuente de apoyo social en la crisis, también en un eje de motor económico, así proponemos integrar los siguientes elementos: Desarrollo de medidas y políticas económicas y fiscales para proteger el sector privado de salud; optimizar la integración público-privado en la capacidad de respuesta; definir claras estrategias de pago y financiamiento de servicios de salud para salvaguardar la sostenibilidad de los prestadores de servicio a las aseguradoras⁸.

Este mismo referente nacional, recientemente como coautor de una publicación, plantea la tesis de “reconceptualizar las amenazas a la seguridad nacional en la época de COVID-19”, donde repite todas las concepciones de seguridad sanitaria del Norte global, especialmente las del departamento de Defensa de Estados Unidos, abordando al SARS-Cov-2 como amenaza específica a la seguridad nacional en ese país (Albert *et al.*, 2021). El artículo expresa como idea central: La seguridad nacional debe redefinirse para una nueva era en la que la guerra convencional ya no es la amenaza física primaria a un estado; en cambio, el enfoque debe cambiar para incluir amenazas de enfermedades que desafían los intereses de Estados Unidos en el exterior y la seguridad de sus ciudadanos en casa.

8 El Muncipe (República Dominicana). “COVID-19 y economía de la salud”. Recuperado de <https://elmuncipe.com/covid19-y-la-economia-de-la-salud/>.

Por último, este mismo actor es parte del comité de *Team Rubicon Disaster Response*⁹, un organismo integrado por militares de Estados Unidos y corporaciones empresarias. Su doctrina la describen claramente: “enfoque dinámico y adaptativo de *Team Rubicon* para el socorro en casos de desastre se transcribe en su DocTRine (...) conjunto integrado de planes y manuales que reúne las mejores prácticas de gestión de emergencias, reducción del riesgo de desastres y operaciones de asistencia militar humanitaria / socorro en casos de desastre”.

En una segunda etapa del gobierno de la epidemia, en el último trimestre del año 2020, hay modificaciones hacia un gabinete de salud en República Dominicana presidido por la propia vicepresidenta del país e integrado bajo otros perfiles sanitarios y en espacios públicos deliberativos. También sobresale la presencia destacada de funcionarios en altos cargos de gestión pública, provenientes de grupos empresariales del mercado de salud, como la Clínica Unión Médica de la ciudad de Santiago o representantes directivos de la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (Andeclip) del país.

Ambos casos descritos muestran un mantenimiento de los intereses de la mercantilización en salud y en prácticas naturalizadas de asociaciones público-privada *de hecho*, en el gobierno de la respuesta al SARS-CoV-2.

El pasado, condensado en las instituciones, pesa en el presente. El Estado es una condensación institucional de las relaciones sociales y de poder al interior de una sociedad. Es evidente que los Estados arrastran el peso de su pasado: la *path dependence*, esto es, la dependencia de la trayectoria (Monedero, 2015). De aquí resulta clave estudiar con mayor profundidad la *gubernamentalidad en*

9 *Team Rubicon Disaster Response*. Recuperado de <https://rollcall.teamrubiconusa.org/>.

salud y las prácticas que construyen *estatalidad sanitaria* que se dinamizaron durante el SARS-CoV-2.

Ensayos experimentales: cierres de cuarentena, toque de queda, neohigienismo y punitivismo sanitario

El Estado dominicano fue reducido a la preparación de un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2, que tomó cuerpo e institucionalización a través de cuarentenas, (neo)higienismo individual y punitivismo/vigilantismo médico en el siglo XXI. Este marco de actuación, como fue considerado en este texto, no puede ser descontextualizado de la determinación internacional de una matriz de dependencia a los mandatos globales y regionales llevados adelante en la región de “las Américas”, como un todo uniforme por la doctrina panamericana sanitaria (Basile, 2020d).

Es en este contexto de riesgo epidémico particular donde el andamiaje residual de la salud pública como del Estado se pone al servicio operacional del gobierno de la microbiología y los expertos, como expresión de una biomedicina radical dispuesta a ensayos experimentales masivos con toda la sociedad de República Dominicana, como también ocurrió en la región latinoamericana y caribeña (Basile, 2020e).

La racionalidad empírica y legal que opera en los ensayos experimentales masivos (cuarentena, higienización y punitivismo) separa al Estado del conjunto de la ciudadanía. Vigilar y castigar para cuidar.

En este texto se considera *ensayo experimental* al proceso de someter a una sociedad, población o grupo de personas a determinadas condiciones de estímulos, intervenciones o tratamientos colectivos, para observar (sin saber ni conocer) los efectos,

reacciones o resultados que se producen. Es decir, se manipulan unas variables experimentales no comprobadas, bajo condiciones estrictamente controladas aduciendo una científicidad que en realidad es empirismo causal. La lógica que prima en estos ensayos experimentales es establecer simplifcadamente una relación de causa-efecto (Hernández *et al.*, 2000).

El primer eslabón para describir estos ensayos poblacionales es caracterizar al saber (bio)médico clínico de la microbiologización en el gobierno del SARS-CoV-2 que, básicamente como medida central, transfirió las prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en establecimientos sanitarios (OPS, 2011), como prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en la vida de la sociedad (Basile, 2020e).

Esto llevó básicamente a transferir desde los lenguajes de protocolización en control y prevención de infecciones hospitalarias (OMS, 2018), a una protocolización sobre la sociedad con ensayos experimentales de carácter permanente y continuo:

1. La bioseguridad y extrema higienización, ya no en el lavado de manos personal y familiar, sino en la desinfección de superficies, indumentarias, calzados, metales, etc. Esto trasladó mecanismos de higienización permanente y repetitiva en la cotidianidad de la vida al igual que las superficies y espacios de atención hospitalaria, o la esterilización de materiales de uso sanitario.
2. Uso intensivo de químicos (cloros, detergentes, otros agentes desinfectantes). Incluso se intensificaron las publicidades de la industria de insumos de limpieza comercializando todo tipo de productos para aplicación al ambiente y el ecosistema en búsqueda de higienizar y cuidarse.

3. Las formas de entrada y salida en las propias viviendas o espacios de la vida, donde se implantaron *triages* en formatos de movilidad y circulación humana segura, a través de mediciones de temperatura, controles de síntomas y signos, entre otros. Todas estas medidas empíricamente diseñadas de una biopolítica de la vida cotidiana. Algunas sin fundamento alguno, otras contradictorias entre sí dependiendo el lugar, el espacio, la actividad o la dinámica.

4. Uso de equipos de protección personal con áreas de uso y eliminación en el hogar, propiciando incluso un uso *irracional* de materiales de protección médica necesarios, a partir, por ejemplo, de la proliferación del uso de mascarillas respiratorias para la atención de alto riesgo, las cuales terminaron siendo utilizadas en actividades al aire libre, en comercios o esparcimientos o para quienes las pudieran pagar.

5. Aversión y fobia al microbioma, a una supuesta eliminación radical de la convivencia del ser humano con los virus, parásitos, hongos o bacterias que están en la naturaleza. Aunque paralelamente se intensifica el uso de tóxicos, químicos para la agricultura, la minería y otras actividades extractivas de la naturaleza.

El segundo eslabón de los ensayos experimentales es el plan normativo de cuarentena. Con la hipótesis de parálisis de la sociedad, implicaría paralizar y desacelerar un proceso de salud-enfermedad.

Vale observar que, en el caso de República Dominicana, nunca se implementó una parálisis cuarentenaria total, pero sí se implementaron cierres parciales hasta junio de 2020. Aunque se mantuvieron, durante todo el período anual, medidas de toques de queda (restricciones horarias para movilidad humana y actividades comerciales y sociales).

Dando un breve marco de análisis e interpretación a este segundo eslabón, las cuarentenas históricamente siempre fueron un ideal político-médico de organización sanitaria, especialmente en las ciudades. Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización político-médica en la historia occidental con las cuarentenas: uno suscitado por la lepra y otro por la peste.

Las cuarentenas siempre fueron proyectos disciplina-rios. El “esquema de la lepra” y el “esquema de la peste”, es decir, ambos tuvieron una división binaria de la sociedad. Al interpelar los documentos, lentamente se observa el proceso que trató a los “leprosos” como “apestados”, individualizando a los “atacados”, asignando coercitivamente los lugares en un espacio diferencial. En el caso estudiado, esta táctica reticular era implementada en “lazaretos” y “casas de aislamiento”, a partir de la diferenciación de pabellones. Es decir, las cuarentenas establecieron una demarcación que necesaria y progresivamente divide a la sociedad (*enfermo/sano, personas desinfectadas/personas infectadas; normal/anormal; zonas infectadas/zonas no infectadas*) (Jori, 2013).

El esquema médico de reacción a la lepra, que fue de exclusión, de exilio de tipo religioso, de purificación de la ciudad, fue diferente al que suscitó la peste, en el que no se aplicaba el internamiento y el agrupamiento fuera del centro urbano sino que, por el contrario, se recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, pues, sustituido por el militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica de las cuarentenas en los siglos siguientes.

El mecanismo de la exclusión era el de la purificación del espacio urbano. Medicalizar a un individuo significaba separarlo

y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El propio internamiento de los dementes, delincuentes y otros, en el comienzo del siglo XVII, obedeció todavía a ese concepto. En compensación, en el otro gran sistema político-médico que fue establecido contra la peste, la medicina no excluía ni expulsaba al enfermo a una región tétrica y llena de confusión. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto y en mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Cuestión que abarcaba desde su vida sexual hasta la afectiva.

Se trata, en definitiva, de construir un espacio cerrado, sujeto a una normativa específica, la cuarentenaria. No es una simple barrera que impidiese el paso de una epidemia, sino el lugar del cual solamente se puede salir temporalmente sano, purificado. Para Bonastra (2010) la práctica de las cuarentenas y, en general, todo el sistema cuarentenario estuvo fundado en un cuerpo de conocimientos dentro del cual ocupan una situación central los saberes biomédicos hegemónicos en cada período histórico.

La cuarentenología inaugurada con el SARS-CoV-2 se basa en medidas de aislamiento, tanto a sanos como a enfermos en común, cuestión nueva ante las cuarentenas comparadas en la modalidad de lepra, donde el aislamiento era sobre los enfermos, o la peste, donde los aislados eran los sanos. Asimismo, se pueden encontrar coincidencias prácticas con las instituciones penitenciarias, con las que las cuarentenas comparten muchas características, tanto morfológicas como de funcionamiento: implican estar sujetos a una jurisdicción exclusiva de fuerzas de seguridad (y militares) que ejercen

un control absoluto sobre todo cuanto sucede en el interior del recinto, imponiendo horarios, formas y momentos de movilidad, examinando la purificación de quienes se mueven, la purga de una medida en tiempo y fiscalizando de forma permanente el comportamiento de los confinados (Bonastra, 2007).

La conversión de las ciudades y territorialidades de República Dominicana en grandes *lazaretos* remite a la idea de que es posible crear una gran muralla simbólica de contención y eliminación de una enfermedad. Pero, paradójicamente, la propia enfermedad (COVID-19) se encuentra circulante dentro de las ciudades, territorios y territorialidades de la sociedad (dominicana). Esto significa una polarización epidemiológica, donde cada barrio, cada territorio, cada zona transita “su” epidemia. Por ejemplo, es interesante observar los casos de las provincias fronterizas como Elías Piña o Dajabón, donde durante meses se mantuvieron medidas de confinamiento en territorios rurales, periféricos de subsistencia, con baja incidencia de casos nuevos de COVID-19, pero con las mismas medidas de movilidad, toque de queda o cierre de escuelas que las ciudades.

En este sentido, es necesario unos breves párrafos para la reflexión de la epidemiología de las ciudades en el caso de República Dominicana. Contextualmente el 53% de la población dominicana se concentra en el área metropolitana del gran Santo Domingo y la región del Cibao (ONE, 2020), con los emblemas de las grandes urbanizaciones desiguales de Santo Domingo (Este, Oeste, Norte y Distrito Nacional) y Santiago.

La dimensión del urbanismo desigual, malsano y racializado de las ciudades dominicanas (Espinosa, 2017), permite evaluar si los conocimientos y saberes tradicionales de la enfermología/

salud pública (Granda, 2004) quedaron de alguna forma impotentes, obsoletos y en muchos casos incompetentes para un abordaje e inteligencia epidemiológica sobre las determinaciones territoriales y socio-ambientales de la salud colectiva que se anidaban en los barrios, en las segregaciones espaciales de las ciudades (Santos, 2000).

Así, el fenómeno de la gentrificación (Glass, 1964), periferización y la segregación socio-espacial (Santos, 2000) emergen como particulares determinaciones de los modos de vida malsanos que simplemente fueron más notorios, visibles y marcados durante el tránsito epidémico del SARS-CoV-2 en República Dominicana.

El proceso de producción del espacio de las ciudades, estructurado sobre la segregación, generó un modelo urbano donde ya primaba la distancia física. De alguna manera la distancia social, sanitaria, cultural, económica, ambiental entre urbanizaciones, territorios y zonas fueron naturalizadas e institucionalizadas particularmente en las regiones metropolitanas del país. Estas distancias se configuran, acumulan y materializan en privaciones de bienes públicos y sociales para la protección de la vida en las territorialidades de desposesión y, por otro lado, con una selectiva inversión pública en infraestructura y servicios en las territorialidades de acumulación que fácilmente un lector dominicano identificaría en las geografías sociales de cada ciudad, zona o espacio urbano local, municipal o subnacional.

El plan cuarentenario, el neohigienismo y el punitivismo médico no operaron de la misma forma en los territorios de desposesión y en los territorios de acumulación. El confinamiento social ensayado en una imitación del Norte global (de sociedades europeas especialmente) fue implementado en sociedades excluyentes, inequitativas, pero *espacialmente* heterogéneas, injustas y complejas. Las tramas territoriales de una emergencia

sanitaria nunca estuvieron tan visibles por clase social y étnico-racial. Sin embargo, la matriz de respuesta se mantuvo basada en tesis únicas, totalizantes y homogéneas.

Frente a estos escenarios, suele aparecer un relato configurado sobre teorizaciones del desarrollismo urbano, donde se enuncian supuestos de necesidad de una planificación y ordenamiento territorial como solución mágica al urbanismo malsano e inequitativo (Brites, 2017). El “desarrollo sostenible” urbano, como la palabra lo indica, implica “sostener”, “continuar”, “mantener” algo. Múltiples autores de la geografía crítica demuestran que de hecho ya se produjo el ordenamiento territorial de las ciudades latinoamericanas y caribeñas, como el caso de República Dominicana: ajustar la planificación urbana a los intereses y funcionalidades del mercado inmobiliario financiero y la acumulación de capital (Harvey, 2007). Esto se produjo en una complementariedad público-estatal y privada. El mercado como coordinador y planificador de la producción de la ciudad es, quizás, uno de los principales eslabones críticos de la salud colectiva en el siglo XXI (Breilh, 2010).

Los perfiles epidemiológicos destructivos en los territorios y territorialidades de las grandes ciudades dominicanas fueron abordados por los expertos y el gobierno de la microbiología a pura repetición de medidas homogéneas o bien por fragmentos aislados de factores de riesgos (Breilh, 2013).

En este contexto territorial dominicano, con polarizaciones en modos y estilos de vida, se consolida la propagación de una producción espacial fragmentada, racializada, insustentable e inherentemente incompatible con la calidad de vida y la salud colectiva en las ciudades, demarcando las crecientes desigualdades en los procesos salud-enfermedad-atención y de muerte al interior de cada territorio

(Porto, 2013). Estos procesos mostraron la impostergable tarea para la epidemiología de redefinir y diseñar nuevos marcos conceptuales y metodológicos de la salud en las ciudades (Harvey, 2013).

Al interior de los cierres cuarentenarios y medidas de control territorial, se puede detectar en este mismo eslabón un proceso complementario de *neohigienismo* en el contexto epidémico particular dominicano, pero más en general ya vigente en emergencias de salud pública y socio-ambientales en América Latina y el Caribe en las últimas décadas (Solís, 2016). Es la actualización de un higienismo a repetición de postulados sobre la higiene individual familiar-comunitaria y urbana como respuesta esencial a esta crisis epidemiológica y sus daños sanitarios (por ejemplo: enfermedades-muertes por COVID-19, crisis de los sistemas de salud pública, crisis antropocéntrica, crisis de multiniveles en lo general, particular y singular). Esta medicina urbana higienista, con sus métodos de vigilancia sobre los estilos de vida, plantea un lavado poblacional como esquema político-médico, donde todo gira alrededor de los comportamientos individuales y en una transferencia de responsabilidades colectivas del Estado y la sociedad al nivel puramente individual de descuidadización.

Como último eslabón crítico en este apartado, refiere a la activación de mecanismos de punitivismo y vigilantismo del espacio social que especialmente golpearon en los barrios, en los territorios marginalizados y racializados del país. Por eso también parece necesario colocar en el centro del análisis los discursos y las prácticas de estatalidad sanitaria punitiva (Foucault, 2008).

En la República Dominicana, la presencia policial y la militarización cuenta con una larga tradición en la respuesta a emergencias

y desastres. Esto se conjuga con un vigilantismo en la privatización de la seguridad (Lalama, 2007).

El recrudescimiento de la histórica militarización de la seguridad ciudadana y control poblacional (Bobeá, 2004) (Labiano, 2008), condujo a la mutación de un punitivismo social que abrió paso a una práctica de un creciente punitivismo sanitario sistemático con policía médica (Mantovani, 2018). Poner el foco en las formas en que el Estado contribuye directamente a la violencia, van desde la extensión de los límites legales del uso de la fuerza legítima hasta la asociación con medidas de control punitivo en busca de legitimidad y autoridad política sanitaria, en este caso particular de la epidemia de COVID-19. La violencia y la histórica utilización de esquemas militares en la seguridad interior son problemas antiguos en el país, como está ampliamente documentado (Bobeá, 2004). Esta situación marca la arbitrariedad de la actuación policial y militar en detenciones implicadas en los «operativos extraordinarios», en las lógicas raciales de vigilantismo, en la recaudación de financiamiento paralelo en las dinámicas de control, entre otros (Bobeá, 2003).

La progresión entre cierres de una cuarentena parcial hacia toques de queda (Decreto 135-20, 2020) de restricciones horarias para la movilidad humana, en un esquema que llamaron “desescalada”, puso a las fuerzas seguridad (policías y militares) en el centro de un nexo entre salud y seguridad que los mismos actores que conformaban las instancias de gobierno del SARS-CoV-2 comulgan y consideran clave, especialmente en el campo de los expertos (Albert *et al.*, 2021).

Los toques de queda, en un primer momento, fueron planteados con la finalidad de abordar las actividades nocturnas, fiestas de jóvenes y lugares comerciales de consumo de bebidas alcohólicas.

La medida se transformó en una disposición *mágica* que múltiples actores sociales y sanitarios comenzaron a demandar, supuestamente como una exigencia de severidad que se fue transformando en una tesis científica enunciada bajo: “más toque de queda”. En varios momentos del año las restricciones horarias se fueron convirtiendo en un gran generador de aglomeraciones humanas en espacios cerrados y padecimientos, principalmente para la clase trabajadora dominicana. Los principales afectados fueron, en especial, las y los trabajadores asalariados y de la economía popular, debido al movimiento de ciudades enteras en los mismos horarios donde las clases populares sufrieron constantes situaciones de desbordes, saturación y afectación cotidiana, en especial en transportes públicos, en acceso al metro, entre otros. También la medida produjo saldos en detenciones policiales sistemáticas de dominicanos y dominicanas.

Lo interesante del vigilantismo, a partir de los toques de queda en el caso de República Dominicana, es que la propia sociedad civil y diversos actores se transformaron en “vigilantes” de los otros. Así se vieron dinámicas sociopolíticas de culpabilización, indignación, acusaciones entre vecinos, entre otros episodios.

En términos generales, los antecedentes y la revisión del marco teórico y metodológico de las cuarentenas, el higienismo y el vigilantismo (que tuvo fases de implementación en República Dominicana como medida principal de afrontamiento a la COVID-19) se pudiera describir resumidamente en:

- Un sistema político-médico basado en un empirismo de ensayos experimentales.

- No se encuentran antecedentes científicos epidemiológicos al respecto que fueran utilizados estructuralmente como base de su diseño, gestión, implementación y evaluación.
- Necesita de la división de la sociedad en individuos con el fin de aislar, inspeccionar y controlar.
- Es un proyecto disciplinador y de nueva normalización por características intrínsecas, donde la militarización y control policial de los territorios pasa a ser una premisa clave.
- Homogeniza a la sociedad e identifica en cada contexto factores aislados considerados peligrosos y punibles.
- Responde a mandatos globales de geopolítica del poder y conocimiento, y a nivel regional del panamericanismo sanitario.
- Fue comandado por expertos y con institucionalización de asociaciones público-privadas.
- Las medidas, en general, se transforman en un sistema de creencias (cuasi religiosas). Prima la narrativa dualista.

Estructuración del sistema de salud dominicano en la respuesta al SARS-CoV-2

Los acelerados *arreglos institucionales* en la lógica de preparación ante la COVID-19 (camas, ventilación mecánica, personal sanitario y otros) estuvo emparentada a una respuesta de un sistema de salud dominicano que estaba crónicamente desfinanciado, fragilizado, estratificado, segmentado, financierizado y especialmente con una creciente pérdida de capacidades de cuidado y protección de la salud de la sociedad (Basile, 2020f).

La microbiologización de la salud pública, frente a la dinámica epidémica antes descrita, implantó una preparación de los establecimientos sanitarios (especialmente hospitales, que son los que atienden y reparan el daño social de la enfermedad), con lo cual se definen como actividades de “paracaídas”.

Las acciones *paracaidistas* son aquellas donde los recursos financieros, humanos y médicos-sanitarios se bombean a un lugar de brote o emergencia de salud pública para sofocar un incendio epidemiológico en particular, que puede intentar mitigar la distribución y tendencia de una enfermedad en ese momento, pero hacen poco para abordar sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean particularmente susceptibles a patrones de enfermedades y muertes injustas y evitables (Breilh, 2013).

Estas premisas, saberes, prácticas y epistemología aplicadas a las emergencias de salud pública en relación con los sistemas de salud en el siglo XXI, como ya venía ocurriendo con otras endemias y epidemias, produjo algunos reflejos institucionales que se registran comparativamente en varios países de la región y que también se constataron en el caso de República Dominicana:

1. La paralización virtual o total durante 120 días de las capacidades del Servicio Nacional de Salud y los programas nacionales del Ministerio de Salud Pública en las redes de centros de primer nivel de atención, de las acciones, programas y estrategias que se realizaban en atención básica, enfermedades crónicas, salud materna, salud de la infancia, entre otras. Todas posiblemente insuficientes y fragmentadas, pero necesarias y con capacidades de producir redes territo-

riales y flujos interinstitucionales en abordajes envolventes de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

2. Un retardo de 100 días para la territorialización de la respuesta activa a la emergencia de salud pública, con activación de una epidemiología de proximidad, inteligente y de redes de salud trabajando en cada microárea, barrio, territorio, comunidad y territorialidad. Búsqueda, investigación y monitoreo de salud colectiva. Hasta el día 100, las áreas y direcciones provinciales del Ministerio de Salud Pública, los comités de Prevención, Mitigación y Respuesta de Desastres (PMR) y otros organismos del Estado comenzaron a instalar la premisa de los denominados “operativos” de salud pública, donde comienza a desarrollarse una investigación de casos más activa, acceso a test diagnósticos y aislamiento a nivel comunitario. Ya para finales de 2020, por ejemplo, los Centros de Primer Nivel de Atención se transformaron en puntos de acceso a pruebas diagnósticas (PCR) territorializadas en los barrios de las áreas metropolitanas.

3. Los sistemas de información cerrados, en la institucionalidad de los servicios de salud pública, siguieron repitiendo una *epidemiología con números* del siglo xx, haciendo inferencias a repetición en el seguimiento de tasas de frecuencia, distribución, con registros provisionales, cuyas limitaciones y marco teórico ya fueron descritos y caracterizados.

Bajo estas premisas, en la preparación y respuesta en República Dominicana, se avanzó en la expansión de Centros Especializados de Atención de Salud (CEAS), habilitados con camas de hospitalización y camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), exclusivas para el cuidado de los pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19

en condiciones graves o críticas, que ameriten asilamiento hospitalario y soporte vital especializado. Este proceso se lleva a cabo a través de una serie de fases progresivas, donde se fueron incrementando capacidades hospitalarias de camas de atención especializadas, de cuidados intensivos y provisoriamente la inyección de personal sanitario de emergencia COVID-19 (OPS, 2020).

El Servicio Nacional de Salud (SNS, 2021), órgano de administración y gestión de los servicios de salud pública en el país, a partir de la separación de funciones promovida por la reforma sanitaria (Basile, 2020f), organizó una red de atención a la emergencia de la COVID-19 con 117 establecimientos sanitarios públicos, de las Fuerzas Armadas y Policía nacional, 64 establecimientos privados y 17 centros de aislamiento.

En este marco el SNS (2021) dispone actualmente en la atención exclusiva para COVID-19 de:

- 2 557 camas de hospitalización habilitadas, 1 590 en el sector público y 967 en el privado.
- 518 camas de unidades de cuidados intensivos, 234 en el sector público y 284 en el sector privado. De estas se disponen 401 camas con ventilación mecánica habilitadas.
- 4 166 camas de aislamiento habilitadas en el sector público.
- El 9 de abril las camas UCI estuvieron ocupadas al 90%, y luego el 11 de julio llegaron al 84%, aunque ese mes marcaron un promedio de ocupación del 80%.

Sobre estas disponibilidades de camas de hospitalización y cuidados intensivo, es válido marcar que existe una concentración geográfica marcada: el 29% de las camas de hospitalizaciones y el 46% de

camas UCI se encuentran en el área metropolitana de Santo Domingo. Aún más sumando la ciudad de Santiago.

En general, República Dominicana contaba, previo a la epidemia de SARS-CoV-2, con una disponibilidad de 3 camas UCI por cada 100 000 habitantes, lo cual se incrementó a 5 camas UCI por cada 100 000 habitantes en la presente crisis epidemiológica de COVID-19. Como antecedentes, se disponía de 78 camas de hospitalización por cada 100 000 habitantes (SNS, 2019). En el país el 69% del personal sanitario se encuentra concentrado a nivel hospitalario, y un 26% a nivel de centros de primer nivel de atención (SNS, 2019).

Tabla 5. Centros de salud en República Dominicana según nivel de atención, 2019

Nivel de atención	Tipo de establecimiento de salud	Cantidad
Primario	Consultorios médicos	216
	Centros de zona	31
	Centros de primer nivel	1 341
	Centros de atención primaria y diagnóstico	64
	Total	1 652
Complementario	Hospitales	184
	Centro de diagnóstico especializado	1
	Total	185

Fuente: Elaboración propia, a partir de principales datos de Red Pública de Servicios de Salud (SNS, 2019).

Tabla 6. Cantidad de camas disponibles antes y durante la emergencia de COVID-19

Área hospitalaria	Cantidad de camas antes de la COVID-19	Cantidad de camas durante la COVID-19
Hospitalización	7 852	6 723
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	317	518
Total	8 169	7 241

Fuente: Elaboración propia, a partir de principales datos de la Red Pública de Servicios de Salud (SNS, 2019, 2020).

Tabla 7. Cantidad de personal sanitario en el sector público por cada 100 000 habitantes

Personal de salud	Cantidad de personal de salud por cada 100 000 habitantes
Médicos/as	145
Enfermería	39
Auxiliares de enfermería	102

Fuente: Elaboración propia, a partir de recursos humanos en cifras (SNS, 2019).

En este contexto nacional epidémico de respuesta de los servicios de salud aún se encuentra invisibilizado que el Sistema de Salud y el Estado dominicano acumulan cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros y el complejo político liberal, los cuales se demostraron *iatrogénicos* para la salud de la sociedad, colocando al sistema sanitario en una agenda de reforma regional basada en la teorización de pluralismo estructurado para expansión de mercados (des)regulados de coberturas financieras de salud (Basile, 2020e).

Las oleadas de *shocks* de reformas al Estado y, en particular, al sistema de salud dominicano comandados por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 20 años reconfiguraron los bienes públicos y colectivos y fragilizaron la ya débil situación del sistema sanitario dominicano (Basile, 2020c).

En la respuesta a un ciclo epidémico de SARS-CoV-2, con tasas de ataque poblacional significativas en República Dominicana, primó un efecto de *amnesia selectiva*, donde ningún actor sanitario quiso explicar las razones estructurantes de un sistema y sus servicios de salud con déficits crónicos en los establecimientos de salud en capacidad de respuesta a una sobredemanda epidémica, con frágiles capacidades de prevención y control de infecciones, con limitaciones en hospitalización y cuidado intensivo crítico, entre otros aspectos, y donde se decide implementar solo *shocks* híbridos de arreglos institucionales mitigatorios dentro del sistema sanitario.

Aunque no es objeto de estudio en el artículo, la estructuración de la propia reforma del sistema de salud y seguridad social dominicano tiene implicaciones significativas del tipo de institucionalidad pública disponible, tanto para la respuesta al SARS-CoV-2 como para la producción de salud colectiva. Dicho de otro modo, es necesario comprender los procesos de *desciudadanización* en salud por mercantilización y por desposesión que configuran perfiles epidemiológicos cada vez más polarizados y desiguales en el país (Basile, 2020e).

La creación del sistema dominicano de seguridad social en 2001 (Ley No. 87-01, 2001) lleva adelante una copia exacta del modelo colombiano, con el diseño de un mercado regulado de coberturas a través de aseguramiento en salud: se crean Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) vinculadas al sistema financiero con cobertura de asegurados

contributivos, y una aseguradora subsidiada por fondos públicos llamada Seguro Nacional de Salud (SENASA), con acceso a través de prueba de medio (SIUBEN, sistema de empadronamiento de “pobres”) y un paquete mínimo de procedimientos y servicios (Plan Básico de Salud). Es un subsidio a la demanda que financia las coberturas del SENASA. Los asegurados privados de las ARS cuentan con Plan de Servicios de Salud (PDSS), con exclusiones y modalidades de cobertura según procedimiento y copagos. A partir de 2015 se da el paso a la separación de funciones con la descentralización, consolidando el proceso de autogestión de los servicios de salud de la red pública (gobernado por un ente autárquico llamado Servicio Nacional de Salud), similar al ciclo de reformas en Colombia, Chile y otras naciones (Basile, 2020e).

Al igual que en Colombia, este proceso incluyó una triple reforma simultánea: a las pensiones (con la creación de los fondos de capitalización individual conocidos como AFP), los seguros privados por empresa de riesgos laborales para los trabajadores formalizados y un sistema de salud basado en coberturas.

Esta estructuración de la reforma del sistema de salud, aunque tiene denodados intentos de múltiples autores y actores por “dominicanizarla” (Rathe, 2013), en realidad sencillamente estuvo y está basada en la importación de una teoría dominante definida como pluralismo estructurado (Lodoño y Frenk, 1997), que fue fundada en Chile con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud en el año 1981 y la expansión del aseguramiento con la creación de las aseguradoras privadas de salud llamadas ISAPRES (Institutos de Salud Previsional), que pertenecen en su mayoría al sistema financiero, y que ha sido posteriormente mejorado en el caso de Colombia con la Ley No.100 como caso emblemático de materialización de esta teorización (Almeida, 2002).

Lo que plantea centralmente este enfoque, liderado por Frenk y Londoño (1997), es una dinámica donde la reforma es el vehículo que debe permitir estructurar mercados plurales de coberturas con competencia regulada, en la propia estructuración del sistema de salud y en el acceso a la atención sanitaria público-privada. Es decir, construir un mercado de coberturas sanitarias diferenciales a través de distintos seguros por estrato social, con paquetes de servicios diferenciales, y realizando una separación de funciones entre Estado y mercado abriendo la puerta a la intermediación y modulación financiera de aseguradoras, mercado de prestadores plurales en competencia y asociaciones público-privadas (Hernández, 2020).

Este modelo, conocido por varios autores como *neoliberalismo sanitario* (Hernández, 2020), tiene su base fundante en la separación de funciones:

- Modulación: desarrollo del sistema; coordinación; diseño financiero; regulación; protección del consumidor.
- Financiamiento.
- Articulación, entre poblaciones y prestadores (representación, administración de riesgos y acceso), entre agencias financieras y prestadores de servicios (diseño de incentivos y beneficios, gestión de la calidad).
- Provisión (público-privada).

Lo interesante del proceso dominicano es problematizar la dinámica de los actores sociales y sanitarios no solo gubernamentales sino gremiales, de organizaciones de sociedad civil, académicos, entre otros, que asumieron los lineamientos de la reforma de seguridad social de corte estructural (Mesa Lago, 2004) casi como un único camino al que no se podía encontrar alternativas.

El texto de Batista (2005) *Sistema dominicano de seguridad social: El rostro anhelado de la protección social*, describe la influencia crucial que tuvieron los organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o la propia agencia cooperante USAID en el proceso de reforma. Pero también una multiplicidad de textos y publicaciones del clima de época en el país expresan cómo los propios actores, partícipes y protagonistas de esta, lo asumieron como natural e indiscutible.

A partir de los noventa se realizan varios estudios en República Dominicana sobre las posibilidades de reforma del sistema de salud, en su mayoría con financiamientos y préstamos del BID, del Banco Mundial y de USAID, lo que impactó fuertemente en los rasgos principales de esta reforma más amplia de la seguridad social. Este tipo de apoyo técnico y financiero se encuentra expresado en los propios documentos: “Las reformas destinadas a aplicar los mecanismos de seguros contaron con el apoyo de proyectos del Banco en Belice, Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana, y en Jamaica y Trinidad y Tobago se financiaron estudios para evaluar su pertinencia” (BID, 2006).

Otras autoras dominicanas denominaron este proceso, de reforma y direccionalidad de un modelo basado en la nueva protección social del gerenciamiento del riesgo social (Holzmann y Jorgensen, 2003) como “la reforma más importante del siglo: la seguridad social” (Rathe, 2002):

se promulgó la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Con dicha ley se hace realidad el marco regulatorio fundamental de la reforma más importante del siglo en la República Dominicana. En efecto, por primera vez, los dominicanos tendrán derecho a una pensión al

momento de llegar a la vejez y estarán protegidos por un seguro obligatorio de salud (...) la reforma de la seguridad social es un hecho histórico sin precedentes, es la reforma social por excelencia y constituye la base para la construcción de una nueva sociedad.

A su vez, esta reforma dominicana se encuentra alineada con la agenda global de Cobertura Universal de Salud (CUS). Como señaló el liberal Kutzin, la CUS es “un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino” (Kutzin, 2013). Esa direccionalidad implica transformar a la CUS en la plataforma del complejo político liberal para relanzar las reformas de mercados (des)regulados en los sistemas de salud y construir una nueva gramática discursiva líquida, con una narrativa sombrilla donde todo cabe bajo esta denominación, incluso la expansión de las aseguradoras financieras y el sector privado.

A este proceso general de reforma también se le acopla el *management care* de los hospitales de autogestión complementario al subsidio a la demanda de los seguros. La autogestión hospitalaria (Artaza, 2008) solo convirtió a los establecimientos sanitarios en empresas autosostenibles en competencia, por venta de servicios o procedimientos a las aseguradoras, perdiendo toda capacidad de cuidado integral de salud en el modelo de atención y especialmente dejando su finalidad de bienes públicos al servicio de la protección de la sociedad.

Un segundo elemento significativo es que, ante la ausencia o falta de capacidades y/o de disponibilidad de ciertos servicios (especializados) en el sector público, se realiza una operación de transferencia de fondos públicos para pagar una compleja trama de actores privados lucrativos y financieros. Esto con la excusa sistemática de no crear las condiciones de soberanía sanitaria (Basile, 2018), es decir,

de maximizar capacidades, incluso de nuevos servicios públicos del sistema sanitario, que se mantiene fragilizado crónicamente.

Según Laurell (2013), la mayoría de los países en esta corriente de reformas desfinanciaron sistemáticamente sus sistemas y servicios de atención sanitaria y programas de salud pública, con un espiral de deterioro, ineficacia, ineficiencia, pérdida de capacidades que se transforma en una profecía autocumplida: el Estado y la provisión pública de servicios no sirve ni responde a las necesidades colectivas de la población.

En definitiva, ante este escenario resultante del tsunami de reformas al Estado y al sistema de salud dominicano, las familias y grupos sociales (incluso de bajos ingresos) al quedar expuestas a una salud pública vertical de baja calidad y respuesta, migran a comprar servicios privados de pago de bolsillo muchas veces de baja calidad, pagan sus procedimientos y tratamientos a través de colectas familiares o ventas de sus bienes, compran la medicación e insumos, entre otros graves problemas de la salud colectiva en el país.

Esta breve reseña permite entonces identificar un conjunto de eslabones críticos durante la respuesta a la epidemia de SARS-CoV-2 de carácter sistémico que ya reproducía el propio sistema de salud dominicano:

- Las dificultades inherentes a la coordinación y especialmente a abordajes integrales a la COVID-19, con una reforma que reproduce molecularmente separación de funciones, es decir, fragmentación, segmentación, respuestas estratificadas y desiguales por tipo de cobertura como matriz estructurante del sistema de salud dominicano. Es decir, una institucionalidad pública fragmentada por los propios mandatos del Estado (marco jurídico), que asiste con algunos servicios pero que

respalda respuestas y relaciones desiguales en la sociedad y con burocracias profesionales weberianas actuando de acuerdo con su fragmento de actuación funcional-institucional: Consejo Nacional de Seguridad Social, Servicio Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, SENASA, SISALRIL, otros.

- El mercado de coberturas de salud, administrado por las aseguradoras de riesgo de salud, logran una acumulación extraordinaria de capital acelerado en epidemia, a partir de que la sociedad dominicana durante seis meses casi no demanda servicios a sus aseguradores privados, junto con la alta rentabilidad de planes complementarios desregulados. Además de recibir financiamiento público para cubrir pruebas diagnósticas, y frente a otros riesgos de gestión de la emergencia sanitaria de COVID-19 que fueron absorbidos por el Estado, tal como expresa el lobista Báez: “para salvaguardar la sostenibilidad financiera de las aseguradoras”.

- El subsidio cruzado del Estado a los proveedores de servicios privados de salud (clínicas, sanatorios y laboratorios de especialidad diagnóstica) para equipamiento en la atención especializada y en capacidades diagnósticas de COVID-19, que funcionaron como asociaciones público-privadas de carácter permanente.

- El deterioro en las condiciones de trabajo en salud, con el pluriempleo sanitario, que conducen a una baja capacidad institucional en prevención y control de infecciones en los establecimientos.

La reforma operada por organismos y tecnocracias de la salud global liberal (Basile, 2018) implica también enfrentar aún adversidades que persisten en actores políticos, sociales (ONG, fundaciones, etc.) y académicos del campo de salud pública dominicana, que continúan abrevando a la propia reforma, o a

tesis eurocéntricas de cambios en los sistemas sanitarios al estilo *Beverige* o esquemas de socialdemocracia europea en una *retrotopía* de Estados de Bienestar. O bien, articulando propuestas de más arreglos institucionales a una “reforma de la reforma”, a partir de una *autocensura* marcada de no plantearse otros horizontes emancipatorios (por ejemplo: la idealización de la APS o la participación comunitaria en salud, entre otros).

Desde su conformación hasta el presente, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe hicieron su base de estructuración en una pretendida homogeneidad para mantener y alentar los intereses del *desarrollo nacional* y/o promover la expansión de bienes de mercado en la atención sanitaria.

Frente a estas tesis, existe la necesidad de descolonizar(nos) de estas teorías y políticas sobre los sistemas de salud en el siglo XXI. Esta continúa siendo una deuda pendiente y una gran encrucijada nacional en República Dominicana y en Latinoamérica y el Caribe (Basile, 2020f).

En la gran capacidad de innovación y transformación, en un rediseño de las relaciones entre sociedad y Estado, se ubica el punto de partida para repensar este eslabón crítico de sistemas de salud en el siglo XXI. Es necesaria la transformación del aparato administrativo del Estado dominicano para tornarlo más democrático, intercultural, eficiente, eficaz y orientado a la sociedad, lo cual es una demanda universal (De Sousa Santos, 2010). Ahora la respuesta a esta demanda está condicionada tanto por el enfoque teórico que guía este cambio, como por las opciones de acción política adoptadas y por la capacidad técnica de los gobiernos para implementar las estrategias enunciadas y/o elaboradas. También en la capacidad técnico-política de los movimientos sociales y la sociedad civil que muchas veces promueven resultados finales de *solucionitis enunciativa* pero

que tienen severas dificultades para lograr abordar realmente los problemas complejos semiestructurados (Matus, 1987).

Quizás la teorización sobre la refundación de los sistemas de salud configura un nuevo punto de partida para estos desafíos (Basile, 2021). Implica cambiar las coordenadas de la geopolítica del conocimiento sanitario que se arrastran en la academia y en la sociedad. Conocer desde el Sur, para refundar desde el Sur. Conocer las especificidades e implicaciones geopolíticas de poder y de un nuevo conocimiento sobre los sistemas de salud desde nuestro Sur demarca la necesidad de un horizonte epistémico y de una acción política innovadora.

Se debe asumir que los procesos de transformación de la esfera pública, incluyendo los sistemas de salud, son procesos transicionales. Comenzar a construir procesos nuevos implica la potencialidad y posibilidad de procesos inacabados, complejos, en permanente transición, movimiento y cambio. Asumir el *carácter transicional* de las políticas, estrategias y cambios para una *refundación* implica todo un desafío de formación crítica y acción político-sanitaria que, sin dudas, se anidan en las capacidades de la sociedad dominicana.

A modo de reflexiones finales

República Dominicana, desde su especificidad insular del gran Caribe y periférica en el sistema mundo contemporáneo (Dussel, 2004), tuvo un tránsito de la epidemia del SARS-CoV-2 durante el año 2020 marcado por las particularidades y complejidades enunciadas, pero con un impacto diferente a otras epidemias en América Latina y el Caribe, y del Norte global. La mayoría de los pronósticos e hipótesis anunciadas en el país se encuentran demostradas como *falsas* al cierre de este primer año epidémico. Su revisión sistemática quizás ayude a salir de la reproducción de un modelaje de matriz única, simplificada y universal, donde las pre-

dicciones reduccionistas reemplazaron a un conocimiento sanitario complejo, contingente y multidimensional (Morin y Ruiz, 2005).

El diseño del proceso de gobierno de la gestión y respuesta a la emergencia del SARS-CoV-2 en República Dominicana, de forma comparada con la región del Caribe, debe seguir siendo estudiada por un largo tiempo. Todas las aproximaciones son provisionales, especialmente por las características intrínsecas que este artículo describe, en cuanto a los eslabones críticos concatenados y articulados de determinaciones internacionales en una geopolítica sanitaria de dependencia y adversidades en una territorialidad periférica, en la implantación de microbiologización e individualización conductista del riesgo con el sobreprotagonismo de esta nueva profesión tecnocrática de *los expertos*, la preeminencia de una salud pública *enfermológica* de Estado, la transferencia de responsabilidades y protocolos de infecciones clínicas a la vida de la sociedad, conjuntamente con una hibridación de arreglos institucionales rápidos en el sistema sanitario, y una creciente militarización y *punitivismo* en el campo de la salud colectiva, las emergencias y la vida misma.

Estudiar y observar en profundidad las enunciaciones, prácticas e intervenciones de *los expertos* por etapas y apariciones públicas, tanto de lobbystas como de actores sanitarios en el ciclo epidémico dominicano, es un trabajo de investigación aplicada para profundizar especialmente en los potenciales aprendizajes en el diseño, gestión y evaluación de respuestas a emergencias de salud pública en el país.

La caracterización de la respuesta a la emergencia sanitaria del SARS-CoV-2 implica describir contenidos *empíricos, experimentales, individualizantes, higienizantes, biomedicalizados, microbiologizados, totalizantes, adultocentrados, excepcionalmente securitizados* y dualmente explicados por expertos y desarrollados desde una

creciente culpabilización a la sociedad, que fueron transformando lo excepcional y la era del miedo en una nueva norma sanitaria. Esto generó nuevas gramáticas, praxis e intervenciones que podrían ser adaptadas a múltiples nuevos contextos, poblaciones, momentos y particularidades en un horizonte futuro. Es un riesgo no ver el peligro de huellas que dejan marcas para otras crisis y emergencias.

Es importante continuar investigando en el Caribe las implicaciones de este movimiento expansivo y preguntarse si solo son conceptos nacidos de mandatos globales para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas epidémicas, como amenazas de seguridad nacional para el Norte global. Es necesario también indagar qué precedentes plantea *normalizar* estas intervenciones de seguridad, guberbiologización y control poblacional en el campo de la salud colectiva para el Sur global.

Asimismo, en términos de una descripción epidemiológica clásica, República Dominicana atravesó una epidemia particular durante el 2020 con desiguales impactos por provincias, ciudades, territorios y territorialidades atravesadas por inequidades por clase social, étnico-racial y de género, de los cuales aún se dispone de escasa información y conocimiento epidemiológico crítico. A nivel nacional, sobre el primer cuatrimestre de la epidemia, hay un agujero de desconocimiento sobre el monitoreo del proceso de salud-enfermedad del SARS-CoV-2 en la sociedad dominicana que nunca podría ser considerado como línea de base desde donde poder comparar con períodos sucesivos. Sin embargo, los indicadores de resultados comparados anuales muestran diferencias significativas con América Latina y el Caribe: la tasa de mortalidad de COVID-19 en República Dominicana en 2020 refleja una muy marcada menor proporción de defunciones por habitantes que una larga lista de países de la región: México, Perú, Argentina, Panamá, Brasil, Puerto Rico, Ecuador,

Chile, Bolivia, Colombia y Honduras, entre otros. A nivel de país, la identificación de sobremortalidad por COVID-19, en especial en rangos de edad mayores de 65, comparados con anteriores ciclos anuales de enfermedades respiratorias, parece indicar cambios en las proporciones en defunciones por neumonías, aunque es necesario una revisión pormenorizada de este posible salto.

Abordar los eslabones críticos del SARS-CoV-2 implica una labor de resignificar las teorías y políticas sobre los estudios de sistemas de salud para América Latina y el Caribe, y particularmente marca en República Dominicana una necesaria revisión crítica de la reforma sanitaria, basada en el pluralismo estructurado vigente y las tesis reactualizadas de las teorías del desarrollo en salud. En general, ambas tesis responden a la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y sistemas de salud que continúa siendo eurocéntrica y liberal en las universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios. Se continúa repitiendo una tipología de: modelo liberal residual anglosajón, modelo bismarkiano de seguro social atado al empleo y modelo Beveridge de acceso universal, tres modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar la cuestión social en el capitalismo central que continúan siendo utilizados para pensar procesos de reforma en la región caribeña. O bien, atravesados actualmente con las tesis del gerenciamiento del riesgo social y el pluralismo estructurado sanitario del Banco Mundial y la OPS.

Abrir un ejercicio de descolonización implica un giro decolonial (Maldonado, 2008) de estas teorías y políticas sobre los sistemas de salud, lo cual es aún un trabajo académico y popular en progreso para República Dominicana. Esto implica reconocer capacidades de reingeniería y nuevas arquitecturas institucionales-organizacionales que fundamenten una refundación hacia una esfera pública sanitaria integral e universal, en este caso el proceso

de refundación de un sistema de salud dominicano, pensado para enfrentar los desafíos epidemiológicos, socio-ambientales e inequidades sanitarias particulares del país en el siglo XXI.

La única forma de terminar con una arquitectura de gobierno de la respuesta a una emergencia de salud pública como el SARS-CoV-2 es construyendo otra más pública, relacional, polifónica, intercultural y compleja (Almeida-Filho, 2006). El concepto de soberanía sanitaria regional aparece como dinamizador de una innovada amalgama de tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano, expresado en la nueva corriente de la salud desde el Sur (Basile, 2018), y la larga tradición de la medicina social y salud colectiva del siglo XX (Iriart *et al.*, 2002). Esto es una contribución que apuesta a fortalecer la ciencia crítica en salud en República Dominicana como aporte estratégico a la autonomía regional del gran Caribe.

Referencias bibliográficas

- Albert, C., Baez, A., y Rutland, J. (2021). Human security as biosecurity: Reconceptualizing national security threats in the time of COVID-19. En *Politics and the Life Sciences*, pp. 1-23.
- Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: a critical analysis. En *Health Policy and Planning*, 23(6), pp. 369-375.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. En *Cadernos de Saúde Pública*, 18, pp. 905-925.
- Almeida-Filho, N. (2003). Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. Em *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, pp. 143-56.
- Almeida-Filho N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. En *Revista Salud Colectiva*, 2(2), pp. 123-146.
- Artaza, O. (2008). Los desafíos de la autogestión hospitalaria. En *Revista Chilena de Pediatría*, 79(2), pp. 127-130.
- Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En *II Dossier de Salud Internacional Sur Sur*, Ediciones GT Salud Internacional. CLACSO.
- Basile, G. (2019) La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En *III Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. Ediciones GT Salud Internacional. CLACSO.
- Basile, G. (2020a). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. En *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, pp. 3557-3562.
- Basile, G. (2020b). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. En *ABYA-YALA: Revista sobre acesso á justiça e direitos nas Américas*, 4(3), pp. 173-208.

- Basile, G. (2020c). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación.
- Basile, G. (2020d). La tríada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. En *Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria*. CLACSO.
- Basile, G. (2020e). El gobierno de la microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2. Primera parte: Coronavirus en el mundo, América latina y el Caribe. En *Revista Salud Problema*. México: UAM Xochimilco.
- Basile, G. (2020f). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. En *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, 73. Buenos Aires.
- Basile, G. (2021). *Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas*. CLACSO.
- Batista, F. (2005). *Sistema dominicano de seguridad social: El rostro anhelado de la protección social*. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud, República Dominicana.
- BID. (2006). *Evaluación del sector de la salud: 1995-2005*. Washington: BID 2006, p. 24.
- Bobeá, L. (2004). ¿Juntos pero no revueltos? De la militarización policial al policiamiento militar: implicaciones para las políticas de seguridad ciudadana en el Caribe. En *Nueva sociedad*, 191, p. 90.
- Bobeá, L. (Ed.). (2003). *Entre el crimen y el castigo: seguridad ciudadana y control democrático en América Latina y el Caribe*. Flacso-Programa República Dominicana.
- Bonastra, Q. (2007) Le lazaret, à la croisée de traditions architecturales hétérogènes. En *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 57, pp. 191-226.
- Bonastra, Q. (2010). Recintos sanitarios y espacios

- de control: Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria. En *Dynamis*, 30, pp. 17-40.
- Breilh, J. (2010a). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar; Corporación Editora Nacional.
- Breilh, J. (2010b). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. En *Salud colectiva*, 6, pp. 83-101.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31, pp. 13-27.
- Brites, W. F. (2017). La ciudad en la encrucijada neoliberal. Urbanismo mercado-céntrico y desigualdad socio-espacial en América Latina. En *Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 9(3), pp. 573-586.
- Burci, G. L. (2014). Ebola, the Security Council and the securitization of public health. En *Questions of International Law*, 10, pp. 27-39.
- Buss, L.F. *et al.* (2020). Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. En *Science*.
- Calcagno, A. *et al.* (2020). Risk for SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers, Turin, Italy. En *Emerg Infect Dis*, 27(1).
- Callaghan, A.W. *et al.* (2020). Screening for SARS-CoV-2 Infection Within a Psychiatric Hospital and Considerations for Limiting Transmission Within Residential Psychiatric Facilities – Wyoming. En *Morb Mortal Wkly Rep*, 69(26), pp. 825- 829.
- Chan, J.F. *et al.* (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. En *Lancet*, 395(10223), pp. 514-523.
- Chen, C.M. *et al.* (2020). Containing COVID-19 Among 627,386 Persons in Contact With the Diamond Princess Cruise Ship Passengers Who Disembarked in Taiwan: Big Data Analytics. En *J Med Internet Res*, 22(5), p. e19540.

- COE República Dominicana. *Director del COE recibe visita del Jefe del Comando Sur*. Recuperado de <https://www.coe.gob.do/index.php/noticias/item/314-director-del-coe-recibe-visita-de-cortesia-del-jefe-del-comando-sur-de-ee-uu>
- Congreso Nacional de República Dominicana, Resolución 62-20. Recuperado de <http://www.consultoria.gov.do/Documents/Get-Documents?reference=7fd96a6a-2fac-49a5-818a-1d5dc114a867>
- Davies, S. E. (2008). Securitizing infectious disease. En *International Affairs*, 84(2), pp. 295-313.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Refundación del Estado en América Latina*. Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad.
- Dos Santos, T. (2020). *Teoria da dependência: balanço e perspectivas*. Insular Livros.
- Dussel, E. (2004). Sistema mundo y transmodernidad. En *Modernidades coloniales*, pp. 201-226.
- Engleberg, C., DiRita, V. y Dermody, T. (2007). *Mechanisms of Microbial disease*. Lippincott Williams & Williams.
- Escobar, A. (2011). Ecología política de la globalidad y la diferencia. En *La naturaleza colonizada. Ecología política y minería en América Latina*, pp. 61-92.
- Espinosa, Y. (2017). Recensión de libro: No existe sexo sin racialización. En *Arte y políticas de identidad*, 17, pp. 167-170.
- Fernández, C. (1865). Importancia de los lazaretos y cuarentenas. En *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español. Celebrado en Madrid. Setiembre de 1864*. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal, p. 225.
- Fernández, J. A. (2011). Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. En *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), pp. 339-347.
- Fidler, D. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. En *Chinese Journal of International Law*, 4(2), pp. 325-392. DOI: <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>

- Flor, J. L. de la (2015). El dispositivo de seguridad sanitaria global. En *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Flor, J. L. de la (2018). La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24 EVE. En *Comillas Journal of International Relations*, 13, pp. 49-62.
- Fontanet, A. *et al.* (2020). SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. En *MedRxiv*.
- Foucault, M. (1999). Nacimiento de la biopolítica. En *Obras esenciales. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Ed. Paidós, pp. 209-215.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población: curso impartido en el Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Glass, R. (1964). Aspects of change. En *The gentrification debates: A reader*, pp. 19-30.
- Granda, E. (2004): A qué llamamos salud colectiva, hoy. En *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2).
- Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F. y López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. En *Salud Pública de México*, 42, pp. 144-154.
- Hernández, M. (2020). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). En *Saúde em Debate*, 43, pp. 29-43.
- Heymann, D. *et al.* (2015). Seguridad sanitaria mundial: las lecciones más amplias de la epidemia de la enfermedad del virus del ébola en África occidental. En *The Lancet*, 385(9980), pp. 1884–1901.
- Holzmann, R. y Jorgensen, S. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1).
- Honigsbaum, M. (2017). Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of global health. En *Medical history*, 61(2), pp. 270-294.

- Ingram, A. (2013). After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity. En *Antipode*, 45(2), pp. 436-454.
- Íñiguez, L. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. En *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), pp. 701-711.
- Institut Pasteur (2020). COVID-19 in primary schools: no significant transmission among children or from students to teachers. Recuperado de <https://www.pasteur.fr/en/press-area/press-documents/covid-19-primary-schools-no-significant-transmission-among-children-students-teachers>
- Iriart, C. et al (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. En *Revista Panamericana de Salud Pública* 12, pp. 128-136.
- Jessop, B. (1999). The strategic selectivity of the state: reflections on a theme of Poulantzas. En *Journal of the Hellenic Diaspora*, 25, pp. 1-37.
- Jori, G. (2013). Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. En *Revista de geografía Norte Grande*, 54, pp. 129-153.
- Kamps, B. S. y Hoffmann, C. (2020). *COVID reference*. Alemanha: Steinhäuser Verlag.
- King, N. B. (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. En *Social Studies of Science*, 32(5/6), pp. 763-789.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*, p. 25.
- Kutzin J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. En *Bull World Health Organ*, 91, pp. 602-611.
- Labiano, V. (2008). *La militarización de la seguridad pública en América Latina*. Jornadas de Relaciones Internacionales "Los desafíos del siglo XXI". Buenos Aires: Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Lai, X. et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Among Health Care Workers and Implications for Prevention

- Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan, China. En *JAMA Netw Open*, 3(5), p. e209666.
- Lalama, G. (2007). *Privatización y seguridad ciudadana*. Quito: Ediciones FLACSO-Ecuador.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO.
- Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Machado-Aráoz, H. (2012). Los dolores de Nuestra América y la condición neocolonial. Extractivismo y biopolítica de la expropiación. En *Observatorio Social de América Latina*, 32. Buenos Aires.
- Malani A. *et al.* (2020). Seroprevalence of SARS-CoV-2 in slums versus non-slums in Mumbai, India. En *Lancet Glob Health*, 20, pp. 30467-30468.
- Maldonado, N. (2008). La descolonización y el giro descolonial. En *Tabula rasa*, 9, pp. 61-72.
- Mantovani, R. (2018) O que foi a polícia médica? En *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25 (2), pp. 409-427. _
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Matus, C. (2007). Escuela de gobierno. En *Salud colectiva*, 3, pp. 203-212.
- McInnes, C y Lee, K. (2006). Salud, seguridad y política exterior. En *Review of International Studies*, 32, pp. 5-23.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En *Salud colectiva*, 1, pp. 9-32.
- Mesa-Lago, C. (2004). *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*. United Nations Publications.
- Monedero, J. C. (2015). Selectividad estratégica del Estado y el cambio de ciclo en América Latina. En *Estados en disputa. Auge y fractura del ciclo*, 338.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: UNESCO, pp. 5-12.

- Morin, E. y Ruíz, J. L. S. (2005). *Con Edgar Morin, por un pensamiento complejo*. Vol. 22. Ediciones AKAL.
- Nagano T. *et al.* (2020). Diligent medical activities of a publicly designated medical institution for infectious diseases pave the way for overcoming COVID-19: A positive message to people working at the cutting edge. En *Clin Infect Dis*.
- Ng, Y. *et al.* (2020). Evaluation of the effectiveness of surveillance and containment measures for the first 100 patients with COVID-19 in Singapore. En *Morbidity and mortality weekly report*, 69(11), pp. 307-311.
- O'Donnell, G. A. (2009). *El Estado burocrático autoritario 1966-1973: triunfos, derrotas y crisis*. Ed. Prometeo libros.
- OMS (2018). *Infection Prevention and Control (IPC) Assessment Framework (IPCAF)*. WHO/HIS/SDS.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change. En *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 49(4), pp. 509-538.
- ONE (2020). Estimaciones y proyecciones de la población total por año calendario, según región y provincia, 2000-2030.
- ONE (2019). *Compendio de estadísticas vitales 2015-2019*. Recuperado de <https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales>
- OMS (2020). *Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation report*. Recuperado de <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
- OPS (2011). *Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud*. Washington D.C.
- OPS (2020). *Sistematización de la respuesta de la representación en la República Dominicana a la emergencia por la COVID-19 en el período de enero a septiembre de 2020*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52882/dorccovid-1920001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Our World in Data (2020). *Casos confirmados y muertes confirmadas por COVID-19*. Oxford University.

- Paim, J. S. y Almeida-Filho, N. M. D. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*.
- Porto, M. F. (2013). Injustiça ambiental no campo e nas cidades: do agronegocio químico-dependente às zonas de sacrificio urbanas. En *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos*, pp. 133-174.
- Posfay-Barbe K.M. et al. (2020). COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. *Pediatrics*, 146(2), p. e20201576.
- Prats, G. (2006). *Microbiología clínica*. Editorial Médica Panamericana.
- Presidencia de la República Dominicana. *Decreto 132-20*. Recuperado de <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=086188b8-4a61-49dd-bf47-c0ea96f4962a>
- Presidencia de la República Dominicana. *Decreto 135-20*. Recuperado de <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=8cace746-e893-40e7-b17c-0397867b3148>
- Presidencia de la República Dominicana. *Decreto 141-20*. Recuperado de <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=8cace746-e893-40e7-b17c-0397867b3148>
- Pung, R. et al. (2020). Investigation of three clusters of COVID-19 in Singapore: implications for surveillance and response measures. En *The Lancet*, 395(10229), pp. 1039-1046.
- Qun Li, M. et al. (2020). Dinámica de transmisión temprana en Wuhan, China, de neumonía infectada por coronavirus novedoso. En *The New England Journal of Medicine*, enero.
- Rajmil L. (2020). Role of children in the transmission of the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. En *BMJ Paediatr Open*, 4(1), p. e000722.
- Ran, L. et al. (2020). Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. En *Clin Infect Dis*, marzo.
- Rapoport, M. (2008). *UNASUR, contracara del panamericano*.

- nismo. *América Latina en movimiento*. Quito.
- Rathe, M. (2002). *La reforma de salud y la seguridad social*. PUCMM; PID; CENANTILLAS; USAID.
- Rathe, M. (2013). El sistema dominicano de salud con perspectiva de equidad y protección financiera. Santo Domingo: INTEC; Fundación Plenitud.
- Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. Madrid: Los libros de la Catarata, pp. 8-28.
- Rushton, S. (2011). Seguridad de salud global: ¿seguridad para quién? ¿Seguridad de qué? En *Political Studies* 59(4), pp. 779-796.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Servicio Nacional de Salud-SNS (2019). *Principales datos de la Red Pública de Salud*. Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS), República Dominicana.
- Servicio Nacional de Salud-SNS (2021). *Reporte situacional de camas para atención de pacientes de COVID-19*. Dirección de Gestión de Información del Servicio Nacional de Salud, República Dominicana.
- Susser, M. (1996). Choosing a future of epidemiology: From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. En *Am J Public Health*, 86(5), pp. 674-677.
- Toledo, V. y Gonzáles, M. (2005). El metabolismo social: las relaciones entre la sociedad y la naturaleza. En *El paradigma ecológico en las Ciencias Sociales*. Barcelona: Ed. Prensa, p. 4.
- Vahidy, F.S. et al. (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 Infection Among Asymptomatic Health Care Workers in the Greater Houston, Texas, Area. En *JAMA Netw Open*, 3(7), p. e2016451.
- Wallerstein, I. (2006). Después del desarrollismo y la globalización, ¿qué? En *Polis. Revista Latinoamericana*, p. 13.
- Wang, L. et al. (2020). Inference of person-to-person transmission of COVID-19 reveals hidden super-spreading events during the early outbreak phase. En *Nat Commun*, 11(1), p. 5006.

- Weber, M. (2015). Burocracia. En *Working in America*. Routledge, pp. 29-34.
- Wenham, C. (2019). La sobresegu-
rización de la salud global:
cambio de los términos
del debate. En *Asuntos in-
ternacionales*, 95(5), pp.
1093-1110.
- Zhang, X. (2020). Epidemiology
of COVID-19. En *N Engl J
Med*, 382(10.1056).