

Enfrentando la **COVID-19** en el Caribe:

Experiencias en República Dominicana y Cuba



María del Carmen Zabala Argüelles

María Fernanda Ortega Marte

Geydis Elena Fundora Nevot

Matías Bosch Carcuro

Airon Fernández Gil

Dayma Echevarría León

Rossana Gómez Ramírez

Aris Balbuena García

Yisel Rivero Baxter

María Cantisano Rojas

Dennis Pérez Chacón

Yisel Hernández Barrios

Gonzalo Basile

Prasedez Polanco

Josvane Japa Rodríguez

Enfrentando la **COVID-19**
en el Caribe:

Experiencias en República Dominicana y Cuba

Enfrentando la **COVID-19** en el Caribe:

Experiencias en República Dominicana y Cuba

María del Carmen Zabala Argüelles

María Fernanda Ortega Marte

Geydis Elena Fundora Nevot

Matías Bosch Carcuro

Airon Fernández Gil

Dayma Echevarría León

Rossana Gómez Ramírez

Aris Balbuena García

Yisel Rivero Baxter

María Cantisano Rojas

Dennis Pérez Chacón

Yisel Hernández Barrios

Gonzalo Basile

Prasedez Polanco

Josvane Japa Rodríguez

Edición y corrección: Anette Jiménez Marata
Diseño interior, de cubierta y maquetación: Anabel Falcón Peñate
Imagen de portada: Daniel Díaz Díaz

© Sobre la presente edición,
Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), 2021
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba), 2021

ISBN 978-9945-9298-0-5

Los contenidos de esta publicación se pueden citar y reproducir, siempre que sea sin fines comerciales, y con la condición de reconocer los créditos correspondientes refiriendo la fuente bibliográfica.

Publicación de distribución gratuita, no comercializable. El uso comercial y la reimpresión de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung.

Friedrich Ebert en el Caribe
Tiradentes Business Center
Av. Tiradentes esq. Roberto Pastoriza
8vo. Piso, Ensanche Naco,
Santo Domingo, República Dominicana
Tel: +1 809 221 8261
www.fescaribe.org
Facebook: Fundación Friedrich Ebert en el Caribe
Instagram: @fescaribe
Twitter: @fes_Caribe
Para solicitar publicaciones:
fes@fescaribe.org

Índice

Presentación /9

Grupos vulnerables y COVID-19 en Cuba: Alcances y retos para la protección social

María del Carmen Zabala Argüelles /13

Las personas mayores de República Dominicana ante la COVID-19

María Fernanda Ortega Marte /53

Gestión de empleo y seguridad social en contexto de pandemia: Las certezas y desasosiegos de la experiencia cubana

Geydis Elena Fundora Nevot /79

COVID-19 en República Dominicana: Una gran familia rota

Matías Bosch Carcuro y Airon Fernández Gil /117

Género y COVID-19 en Cuba: Aprendizajes y desafíos

Dayma Echevarría León /165

Situación de las mujeres durante la pandemia de la COVID-19 en República Dominicana

Rossana Gómez Ramírez y Aris Balbuena García /189

**Estrategia educativa cubana en tiempos de pandemia COVID-19.
Reconstrucción y perspectivas**

Yisel Rivero Baxter /249

**Ruta del sistema educativo dominicano durante la pandemia de
la COVID-19**

María Cantisano Rojas /293

**SARS-CoV-2 y COVID-19. Una lectura a la respuesta sanitaria
cubana**

Dennis Pérez Chacón y Yisel Hernández Barrios /323

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

Gonzalo Basile, Prasedez Polanco y Jovane Japa Rodríguez /375

Presentación

La pandemia generada por el SARS-CoV-2 ha tenido una extensión y progresión global sin precedentes; sus impactos no se limitan a la crisis sanitaria, sino que afectan todos los ámbitos de la sociedad: la economía, la gestión institucional ante situaciones de riesgo y emergencia, la protección social y, sobre todo, la vida de la población.

Entendiendo lo complejo de la coyuntura y, en el marco de la apuesta conjunta que desde el 2015 realizamos entre FLACSO-Cuba y la Fundación Friedrich Ebert con el Seminario Permanente de Políticas Sociales, como un espacio para el diálogo y el análisis comparado de las políticas sociales, decidimos invitar a una serie de investigadores e investigadoras para que analizaran las políticas implementadas en República Dominicana y Cuba, dirigidas a mitigar los efectos de la pandemia, las cuales abarcan cinco temáticas: Grupos Vulnerables, Empleo y Seguridad Social, Género, Educación y Salud.

A grandes rasgos, podría parecer que ambos Estados han establecido medidas similares para prevenir y detener el contagio del coronavirus, tales como el distanciamiento social, el cierre de fronteras, el reordenamiento de la jornada laboral, y la suspensión de docencia, entre otras. Sin embargo, la implementación de políticas públicas no genera efectos homogéneos sobre las personas y mucho menos en países con modelos de desarrollo social, político y económico completamente diferentes.

La profundización de las desigualdades que, como consecuencia de la pandemia, enfrentan grupos en situación de vulnerabilidad por riesgos asociados a la vejez, la discapacidad o el acceso a la alimentación, es analizada en el caso de Cuba por María del Carmen Zabala. En el caso dominicano, María Fernanda Ortega centra su análisis en los adultos mayores.

El cierre de fronteras y el reordenamiento de las jornadas laborales fueron medidas sin precedentes que afectaron de forma directa el empleo. Sus repercusiones y las acciones implementadas para garantizar los ingresos en las familias son analizadas, en el caso dominicano, por Matías Bosch y Airon Fernández; mientras Geydis Fundora hace lo propio en la coyuntura cubana.

El aislamiento social, la suspensión de la docencia en todos los niveles, el incremento de las medidas de higiene en todos los espacios y el reordenamiento de las jornadas laborales han sido acciones implementadas por ambas naciones para la prevención de la propagación del virus. Los efectos de estas medidas no solo impactaron de forma diferenciada a mujeres y hombres, sino que devinieron en una crisis de cuidados. Dayma Echavarría analiza las repercusiones que, en materia de género, ha tenido esto para las mujeres y la sociedad cubana. Aris Balbuena y Rosanna Gómez, por su parte, analizan cómo la implementación de medidas de espaldas a las desigualdades de género preexistentes a la llegada de la pandemia y que no mitiguen las nuevas desigualdades provocadas como consecuencia de esta, pueden generar la prolongación de la crisis social.

La suspensión de la docencia en todos los niveles constituyó una medida común en ambos países al inicio de la pandemia. Yisel Rivero y María Cantisano estudian sus efectos para los sistemas educativos de Cuba y República Dominicana, respectivamente.

La situación de los sistemas de salud, previo a la llegada del SARS-CoV-2, condicionó las respuestas sanitarias de las naciones a la emergencia. Dennis Pérez y Yisel Hernández realizan una lectura de la respuesta sanitaria cubana; mientras que Gonzalo Basile, Prasedez Polanco y Josvane Japa analizan el caso dominicano.

Los artículos aquí presentados parten de una amplia diversidad metodológica; no buscan una comparación lineal de los efectos de las medidas implementadas en ambos países sino, por el contrario, se proponen contribuir al análisis para la mejora permanente de las políticas que mitiguen los efectos de la pandemia en la sociedad y buscan también enriquecer la discusión inacabada, sobre la implementación de políticas que solucionen los problemas pre-pandémicos, los cuales han condicionado y amplificado los efectos de esta crisis de salud pública.

María Fernanda López

Coordinadora de Proyectos
Fundación Friedrich Ebert
Oficina para Cuba

Grupos vulnerables y COVID-19 en Cuba: Alcances y retos para la protección social

María del Carmen Zabala Argüelles

Psicóloga, Máster en Desarrollo Social y Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora Titular e investigadora de FLACSO-Cuba. Coordina el Comité Académico de la Maestría Desarrollo Social, la Red de Políticas Sociales de la Universidad de La Habana y el grupo de trabajo *¿Qué desarrollo? Diálogo academia y política*, del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Es Académica Titular de la Academia de Ciencias de Cuba.

Introducción

La extensa producción científica, información y comunicación en torno a la COVID-19 revela el reforzamiento de las desigualdades ante esta crisis sanitaria. En un sentido amplio, los efectos sociales y económicos de la pandemia, aunque globales, son diferentes según grupos sociales, con mayor impacto para las personas que se encontraban desde antes en situación de pobreza, vulnerabilidad y desventajas, entre ellos: mujeres, infantes, adultos mayores, pueblos originarios, poblaciones afrodescendientes, migrantes y otros grupos excluidos o marginados. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, para el caso de esta región —con la distribución más desigual de la riqueza en el mundo— se destacan como desafíos sociales de la COVID-19 el previsible incremento de la pobreza y la desigualdad, debido a las pérdidas de empleos y la reducción de los ingresos de personas y hogares, situación que afecta especialmente a la población en situación de pobreza, vulnerabilidad y precariedad laboral, con impactos diferenciados según clase, género,

edad, territorio, etnia, raza, discapacidad, condición migratoria y etapa del ciclo de vida (CEPAL, 2020).

En lo que refiere específicamente a la salud, algunos segmentos poblacionales presentan mayor riesgo y son considerados más vulnerables frente a la enfermedad; los datos disponibles a nivel mundial evidencian que entre los más susceptibles a presentar peores resultados se encuentran las personas mayores y aquellos que sufren afecciones de salud subyacentes. Aquino-Canchari *et al.* (2020) refieren que entre los grupos considerados vulnerables por el *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos se encuentran: adultos mayores, personas con comorbilidades, personas inmunocomprometidas, incluido el tratamiento del cáncer, gestantes y personas discapacitadas¹; su estudio concluye que aunque el SARS-CoV-2 infecta a personas de todas las edades, el riesgo de enfermar de manera grave se incrementa con la edad a partir de los 40 años, y especialmente en personas que superan los 60 años de edad, en situación de mayor riesgo se encuentran los adultos mayores que viven en hogares para personas de la tercera edad y los que viven solos. Asocian esta condición con la debilidad del sistema inmune, presencia de enfermedades crónicas y comorbilidades como hipertensión, diabetes, afecciones cardiovasculares y pulmonares.

Es posible entonces realizar dos tipos de análisis en relación con la vulnerabilidad y su pertinencia para entender los impactos de la COVID-19. Uno, más general, concierne a los efectos sociales y económicos en los grupos vulnerables; otro, más específico, refiere a la vulnerabilidad en salud.

1 En el estudio se realizó una revisión bibliográfica entre el 15 y el 26 de abril de 2020 de artículos científicos en inglés y español, en formato electrónico, disponibles en las bases de datos *PubMed*, *Scopus*, *Medline*, *SciELO*, y en el motor de búsqueda *Google Académico*. Además, se exploró en páginas web de ministerios de salud, OMS, OPS, Infomed y páginas web nacionales e internacionales.

Para la primera ruta, se precisan algunos elementos conceptuales en torno a la noción de vulnerabilidad social, que permiten comprender procesos de carácter multidimensional que afectan la capacidad de respuesta de individuos, hogares y grupos sociales ante riesgos (CEPAL-ECLAC, 2002; Pizarro, 2001). Sus diversas aproximaciones resaltan: el riesgo de empobrecimiento (Pérez-Sáinz, 2000) o exclusión social (Bustelo y Minujin, 1997); la carencia o disminución de recursos y activos (Moser, 1998); la asincronía entre la disponibilidad y capacidad de movilización de activos y los requerimientos de acceso a la estructura de oportunidades existente² (Filgueira, 2001; Kaztman, 2000); y su relación con situaciones de riesgo, indefensión, desamparo institucional e inseguridad (Busso, 2001). La situación de riesgo, recurrente en las definiciones de vulnerabilidad, ha sido cuestionada por su sentido probabilístico y en su lugar se sostiene la noción de daño (Spicker *et al.*, 2009).

El segundo tipo de análisis refiere a la vulnerabilidad en salud —en particular al riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades—, entendida como la desprotección de grupos sociales específicos ante daños potenciales a su salud, que resulta de determinantes sociales (Juárez-Ramírez *et al.*, 2014). Estos son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, y que tienen un impacto sobre su salud, bienestar, vulnerabilidad a las enfermedades y a la muerte; incluye el contexto, las condiciones estructurales —sociales, económicas, políticas y culturales—, determinantes intermedios —condiciones de vida, factores biológicos, factores de riesgo, estilos de vida y servicios de salud—, entre otros (Álvarez *et al.*, 2014). Como determinantes estructurales de inequidades en salud, configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos (Frenz, 2005). Esta posición supone un avance

2 En dicha estructura destacan particularmente las políticas públicas, como generadoras de sistemas de protección y redes de seguridad, y por ende fortalecedoras de la capacidad de respuesta de los hogares ante situaciones adversas (Busso, 201).

con respecto a la medicalización del concepto vulnerabilidad en salud y su vínculo exclusivo con factores de riesgo individual.

Ambos análisis presentan interconexiones, dado el carácter multidimensional, heterogéneo y dinámico de la vulnerabilidad, la determinación social de los procesos de salud, y la relevancia de las actuaciones intersectoriales en políticas públicas. Según Lavell *et al.* (2020) la vulnerabilidad al SARS-CoV-2 incluye la vulnerabilidad intrínseca —sistema inmunológico, comorbilidades, etc.— y otros factores construidos socialmente, entre ellos condiciones deficientes de vivienda y hábitat, falta de acceso a servicios básicos, ausencia de acceso a servicios de salud y protección social, asociados con la pobreza y las inequidades. En Lancet (2020) se discute en torno a la redefinición de la vulnerabilidad en el contexto de la pandemia, dado que la composición de los grupos vulnerables a la enfermedad puede cambiar dinámicamente por la afectación de la COVID-19, en dependencia de las políticas que se adopten en torno a protección social; de tal manera, personas que en condiciones ordinarias no son consideradas vulnerables, pueden ser afectadas en medio de la crisis sanitaria en términos financieros, de salud y en su vida cotidiana; ello constituye un importante reto para los gestores públicos, en específico para la identificación precisa de los grupos vulnerables y su atención.

El propósito de este trabajo es analizar la situación de los grupos vulnerables de la población ante la epidemia de COVID-19 en Cuba y las medidas adoptadas para su protección social. Las ideas clave que se sustentan son: la noción de protección social como parte central de la política social y eje integrador de una variedad de medidas orientadas a garantizar bienestar básico para todos, aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida, y moderación o reparación de daños derivados de problemas o riesgos sociales (Cecchini *et al.*, 2015); la universalidad e inte-

gralidad de las políticas sociales orientadas al logro del desarrollo social inclusivo (CEPAL, 2019) y su articulación con una atención prioritaria a los grupos considerados de mayor riesgo o vulnerables.

Se inicia con una breve discusión en torno a las visiones sobre vulnerabilidad en la academia y a su consideración en la política social cubana. Se parte de la situación previa en el país, en lo que refiere a los grupos poblacionales usualmente considerados como vulnerables y a los programas sociales existentes para su atención. Se analiza información relativa a la situación que han presentado algunos de estos grupos durante la epidemia, en lo que respecta a morbilidad, mortalidad y protección social³. A continuación, se analizan las medidas contenidas en el “Plan para la prevención y control de la COVID-19” y las “Medidas a implementar en la etapa de recuperación pos-COVID-19”, así como resoluciones de organismos, informaciones oficiales, estadísticas y valoraciones realizadas por representantes del Estado, el gobierno, directivos de instituciones y gobiernos locales, y otros actores. El examen pretende un análisis integral de la protección social, de modo que en cada una de las políticas sectoriales —salud, trabajo y seguridad social, asistencia social, educación, comercio y alimentación— se analiza de forma transversal la atención a los grupos vulnerables; se destacan sus aspectos novedosos para enfrentar situaciones extraordinarias, su efectividad para contrarrestar la coyuntura de emergencia sanitaria y valoraciones sobre su efectividad. El análisis de las políticas tiene en cuenta los criterios de cobertura, suficiencia —beneficios suficientes en tipo y calidad— y equidad —en cobertura y beneficios— (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2019). Sobre la base de la efectividad de las medidas se presentan las lecciones aprendidas en esta contingencia y algunas recomendaciones para su mejora.

3 Con excepción de los adultos mayores, no existe amplia información sobre estos grupos en la estadística nacional sobre COVID-19.

Como metodología se utilizó un enfoque mixto, que combina métodos cuantitativos y cualitativos para lograr la complementariedad de sus fortalezas y compensar sus deficiencias; en específico el diseño de triangulación que permite obtener datos complementarios acerca de un mismo problema de investigación mediante la comparación y contrastación de los datos originados por ambas metodologías en una sola etapa (Creswell, 2009). Como técnica de investigación se utilizó la recopilación y análisis documental, tomando como fuentes: informaciones y estadísticas oficiales, prensa —escrita y digital— y resultados de investigaciones sobre la pandemia.

Políticas sociales y vulnerabilidad social en Cuba

Las políticas sociales en Cuba se asientan en los principios de equidad y justicia social, y han contemplado tanto la cobertura universal de toda la población como el tratamiento diferencial a algunos segmentos poblacionales y a grupos con algún tipo de vulnerabilidad o desventaja. Sin embargo, los criterios respecto a qué se entiende por vulnerabilidad y a qué grupos sociales se incluyen en dicha condición no siempre aparecen totalmente explícitos.

Desde la política social cubana, en el contexto de la actualización del modelo económico⁴, se ratifica, como principio del proyecto social, la protección a sectores en desventaja social. En el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030 se incorpora el eje estratégico “Desarrollo humano, equidad y justicia social”, entre cuyos objetivos se encuentra: diseñar políticas diferenciadas para la atención específica a grupos con necesidades especiales: *población*

4 Las bases de este proceso aparecen plasmadas en los siguientes documentos: *Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución* (2011), *Documento Base de la primera Conferencia Nacional del Partido Comunista de Cuba* (2011), *Conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano del Desarrollo Socialista* (2016); *Bases del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030: Visión de la Nación, Ejes y Sectores Estratégicos* (2016); *Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021* (2016).

vulnerable o de riesgo en la alimentación, adultos mayores y personas con discapacidad. La referencia específica a la *población vulnerable o en situación de riesgo* aparece en varios de los documentos programáticos aprobados recientemente en el país, así, por ejemplo, se establecen subsidios para personas en condición de *riesgo o vulnerabilidad* (Conceptualización, 292) y políticas diferenciadas para la atención específica para grupos con necesidades especiales, prestando particular atención a *grupos vulnerables*, entre ellos se identifican los adultos mayores y personas con discapacidad (Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, 210, 211 y 212).

En el caso específico de la asistencia social, se consideran vulnerables las personas o familias en condiciones de riesgo o dificultad que las inhabilitan de manera inmediata o en el futuro, en la satisfacción de su bienestar, en cuanto a subsistencia y calidad de vida. Para su atención existen diferentes servicios sociales comunitarios: asistencia social a domicilio, protección a las madres de hijos con discapacidad severa, pago del servicio de la transportación para recibir atención médica especializada fuera del territorio de residencia, pago del consumo eléctrico a pacientes con enfermedades crónicas para mantener la vitalidad en su domicilio, otros pagos totales o parciales de los servicios sociales comunitarios o institucionales —Sistema de Atención a la Familia, hogar de ancianos y casas de abuelos— y trabajadores del sector no estatal que ejercen la actividad de “Cuidador de enfermos, personas con discapacidad y ancianos” (MTSS, 2020).

Como puede apreciarse, la política social considera como vulnerable a: población de riesgo en la alimentación, adultos mayores y personas con discapacidad, y en coherencia con ello contempla riesgos asociados a la vejez, discapacidad, enfermedad y otros, para cuyo enfrentamiento dicha población requiere una mayor protección social. A partir de los resultados de investiga-

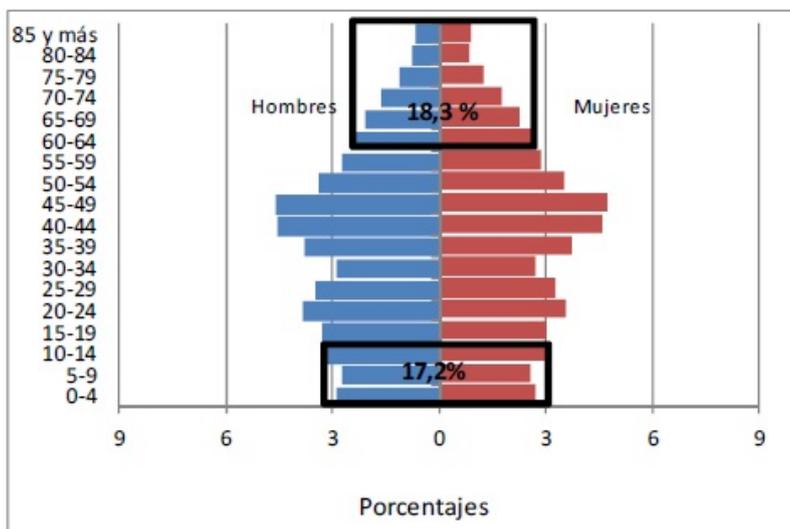
ción realizados en el país, varios elementos podrían completar esta visión sobre la vulnerabilidad: identificación de otras situaciones de riesgo —naturales, sociales, económicos, ambientales u otros—, consideración de grupos en desventaja socioeconómica o con déficits de activos, hogares monoparentales femeninos, personas no comprendidas en los sistemas de protección social —trabajadores informales, migrantes, jóvenes que ni estudian ni trabajan, etc.—, así como la atención a las dimensiones de género, color de la piel, etarias, territoriales, entre otras, y a sus intersecciones, como reforzadoras de desventajas para algunos grupos específicos. En relación con la pobreza, aunque no existen estadísticas actualizadas sobre la pobreza de ingresos —según el método Línea de pobreza—, en 2017 el cálculo del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) fue de 0,0005, la tasa de 0,15 % de la población y la población privada en un tercio o más de los indicadores ponderados —personas multidimensionalmente pobres— fue de 16 482. En los 10 indicadores estudiados las dimensiones de salud, educación, condiciones de vida, mortalidad infantil, acceso a electricidad y asistencia escolar tienen los menores por cientos de población con privaciones; mientras que los tres indicadores con mayores por cientos son: tenencia de activos, tipo de combustible para cocinar y acceso a saneamiento adecuado⁵.

El envejecimiento demográfico o poblacional constituye uno de los temas de mayor atención en Cuba; este proceso tiene lugar de forma relativamente homogénea en el territorio nacional, con predominio femenino y prevalencia de la localización urbana. Acorde a los resultados del Censo de Población y Viviendas de 2012, la estructura por edad de la población cubana se caracteriza por la reducción del segmento de población infanto-juvenil, la ampliación

5 Véase: *Cuba. Informe nacional sobre la implementación de la Agenda 2030. Informe voluntario de Cuba*, 2019.

del grupo de adultos y adultos medios y el incremento de los adultos mayores, con mayor crecimiento en el grupo de 75 años. El grupo de personas de 60 años y más representa el 18,3% de la población total del país (CEPDE/ONEI, 2014)⁶.

Gráfico 1. Cuba. Estructura por edad de la población 2012



Fuente: CEPDE/ONEI, 2014.

Las características sociodemográficas, de residencia, convivencia, vías de subsistencia, seguridad social y redes sociales de apoyo de este segmento poblacional resultan claves para comprender su situación ante una emergencia sanitaria. El *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012* (CEPDE/ONEI, 2014) aporta una valiosa información al respecto.

Según el estado conyugal, predominan los adultos mayores casados y viudos; en su entorno familiar priman las familias

⁶ Datos más actuales de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información señalan que los adultos mayores representan el 20,8% de la población cubana (ONEI, 2020).

pequeñas, diversas estructuras familiares, alta proporción de jefatura femenina y alto coeficiente de dependencia. Algunas características que describen la presencia de adultos mayores en los hogares cubanos son las siguientes:

- El 39,8% de los hogares tiene como integrante un adulto mayor, en el 12,6% del total de hogares residen adultos mayores solos y el 16% de los adultos mayores convive con otro adulto mayor.
- El 34% de todos los jefes de hogar es un adulto mayor, cifra que se incrementa hasta el 40% en los hogares unipersonales.
- El 39,6% de los hogares unipersonales está integrado por adultos mayores, con una edad mediana de 69 años.
- El 65,8% de los hogares nucleares está integrado por dos adultos mayores.

En relación con la actividad económica, los ocupados representan solo el 7,4% de la población económicamente activa y de ellos el 75,8% está vinculado al sector estatal; los pensionados por edad⁷ constituyen el 63,4% de las personas de 60 años y más,

7 Los requisitos que establece la Ley para el otorgamiento de pensiones por edad son los siguientes: Para pensión Ordinaria: a) Tener las mujeres 60 años o más de edad y los hombres 65 años o más; b) Haber prestado no menos de 30 años de servicios; y c) Estar vinculados laboralmente al momento de cumplir los requisitos señalados en los incisos anteriores. Para pensión ordinaria para los trabajadores comprendidos en la Categoría II: a) Tener las mujeres 55 años o más de edad y los hombres 60 años o más; b) Haber prestado no menos de 30 años de servicios; c) Haber laborado en trabajos comprendidos en esta Categoría no menos de quince años anteriores a su solicitud, o el 75% del tiempo de servicio requerido para tener derecho a la pensión, si en el momento de solicitarla no se encontraba desempeñando un cargo comprendido en esta Categoría; y d) Estar vinculados laboralmente al momento de cumplir los requisitos señalados en los incisos anteriores. Para pensión extraordinaria: a) Tener las mujeres 60 años o más de edad y los hombres 65 años o más; b) Haber prestado no menos de 20 años de servicios; y c) Estar vinculado laboralmente al momento de cumplir los requisitos señalados en los incisos anteriores (CEPDE, ONEI, 2014).

de ellos los hombres alcanzan el 56,0% y las mujeres el 44,0% (CEPDE/ONEI, 2014). Datos más recientes, sobre la base de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP-2017), indican que el 20,8% de las personas de 60 años y más trabaja, lo hace el 27,4% de los que tienen entre 60 y 74 años y el 5,3% de los de 75 y más años (ONEI, 2020).

En cuanto a sus viviendas, estas presentan un comportamiento en general positivo desde el punto de vista estructural, de espacio y equipamiento. En relación con el entorno social y redes de apoyo, la ayuda recibida por los adultos mayores proviene en primer lugar de los corresidentes (84%), en segundo lugar de los hijos que viven fuera del hogar (47%), le siguen los hermanos que viven fuera del hogar (19%), otros familiares y amigos con el 8% y en último lugar la comunidad con solo un 6,4%⁸. Varias investigaciones sociales, realizadas en la última década, refieren algunas problemáticas que afectan a este grupo poblacional, como la violencia hacia los adultos mayores en el ámbito familiar, desigualdades de género, socioeconómicas y territoriales que influyen diferenciadamente en su calidad de vida (Díaz, 2020).

¿Son más vulnerables los adultos mayores a la COVID-19 en Cuba? Al igual que en otros países, se considera que estos presentan un mayor riesgo por la disminución de su capacidad inmunológica⁹ y la presencia de comorbilidades y discapacidad, como efecto del envejecimiento. Según la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP-2017), el 82,2% de la población de 60 años y más padece al menos de una enfermedad crónica no transmisible; en el caso de las mujeres esa

8 Resultados obtenidos en el estudio internacional patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento “SABE”, realizado en La Habana entre diciembre de 1999 y el año 2000 y en otras siete capitales de países de América Latina y el Caribe; los que se corresponden con los de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ONEI, 2011).

9 La denominada *inmunosenescencia*, que consiste en el envejecimiento del sistema inmunológico y como consecuencia, mayor susceptibilidad a enfermarse o a desarrollar formas graves de la enfermedad.

proporción asciende al 88,4%, mientras que para los hombres es de 75,2%; en el grupo de 75 y más años, cerca del 90% padece de alguna enfermedad crónica. La información más reciente revela que el 58,1% de los adultos mayores padece de hipertensión, el 19,1% enfermedades del corazón y el 16,5 % diabetes y/o enfermedades de tiroides; el 3,7% (85 789 personas) padece las tres enfermedades (ONEI, 2020).

A estas condiciones físicas y de salud, pueden añadirse otros elementos: mayor dependencia económica, necesidad de apoyo para la realización de las actividades cotidianas, limitaciones en el manejo de tecnologías de información y comunicación, etc.; situaciones que se agudizan en el caso de las personas mayores que viven solas, dado su aislamiento social.

Para la atención de este grupo poblacional desde 1995 existe en Cuba el Programa de Atención al Adulto Mayor¹⁰ que se sustenta básicamente en el subsistema de Atención Primaria de Salud y en instituciones comunitarias como los círculos y casas de abuelos¹¹.

Otro grupo social identificado como vulnerable en Cuba son las personas con discapacidad, según el último Censo de Población y Viviendas (2012), el 4,98% de la población cubana tiene algún tipo de padecimiento o discapacidad; los tipos que prevalecen son: debilidad visual, limitación físico-motora, retraso mental y debilidad auditiva; entre los adultos mayores esa proporción asciende a 13,4%. Para ellos existen programas orientados a su integración social, como el Programa de Empleo para las Personas con Discapacidad, el Programa de Inserción Socio-Laboral de los Graduados de

10 Tiene como antecedente el primer Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, fundado en 1974, que tenía entre sus propósitos fundamentales el desarrollo de la geriatría.

11 Existen 36 servicios de geriatría, 126 hogares de ancianos, 240 casas de abuelos y 31 hogares de impedidos. Se incrementan y fortalecen los servicios de rehabilitación integral en todos los niveles de atención, y se avanza en la modalidad de rehabilitación domiciliaria (Ministerio de Salud Pública, MINSAP, 2014).

la Enseñanza Especial y el Programa de Perfeccionamiento de los Talleres Especiales de las Empresas de Industria Locales.

También las madres solas a cargo de sus hijos reciben una atención prioritaria desde las políticas sociales; el 23,2% del total de los hogares cubanos son monoparentales —proporción que se eleva al 40,4% entre los hogares con hijos del jefe—, los cuales por lo general tienen jefatura femenina¹². Además de los programas sociales para beneficio de todas las madres —Ley de Maternidad y Programa Materno Infantil— existen otros más específicos, como el programa de trabajo social con madres solas y el de protección a las madres de hijos con discapacidad severa, así como los hogares maternos, que son instituciones comunitarias que brindan atención médica, social y psicológica a las embarazadas que presenten algún riesgo de salud o vulnerabilidad social durante el período de gestación.

El segmento infanto-juvenil también es considerado usualmente como vulnerable, en relación con su limitada autonomía económica y dependencia de las condiciones socioeconómicas de sus padres. Según el Censo de Población y Viviendas 2012, el 17,2 % de la población tiene entre 0 y 14 años y el 18,88% tiene entre 15 y 29 años (ONEI, 2014). Se trata de un segmento poblacional especialmente protegido por la sociedad cubana, sus derechos están reconocidos en la Constitución de la República (2019) y sujetos a control permanente por la Comisión de Atención a la Niñez, la Juventud y la Igualdad de Derechos de la Mujer, adscrita a la Asamblea Nacional del Poder Popular; así como por diferentes programas sociales, entre ellos: Programa de Atención Materno Infantil, Programa de Educación Comunitaria Para la Vida Educa a tu hijo y Programa de Atención

12 En el Censo de Población y Viviendas de 2002 el porcentaje de hogares monoparentales fue de 21,9% y en el último censo (2012) este porcentaje se mantuvo casi igual, se destaca que el 44,9% del total de los hogares cubanos tienen como jefa a una mujer (ONEI, 2014).

integral a la familia. En la protección social a infantes, adolescentes y jóvenes se destaca la cobertura universal y gratuita de los servicios de salud y educación, así como la atención especializada de aquellos carentes de atención de sus familiares en los hogares para niños sin amparo familiar.

No obstante, la investigación social ha constatado algunas vulnerabilidades en este grupo poblacional. En el caso de la infancia, situaciones de riesgo relacionadas con desfavorables condiciones socioeconómicas familiares y los déficits de consumo cultural asociado a ellas, algunas manifestaciones de violencia en el ámbito familiar y escolar, y limitaciones en la participación. En el caso de los jóvenes, menor autonomía económica —incluyendo menores posibilidades de utilizar remesas en el desarrollo de sus iniciativas privadas—, algunas desventajas en la esfera laboral asociadas a la experiencia y dotación de recursos, limitaciones del consumo cultural vinculadas a la situación económica familiar, y en una proporción limitada procesos de marginación y exclusión social en diferentes ámbitos. En ambos casos, se constatan desventajas relacionadas con la zona de residencia —entre estas resaltan los asentamientos dispersos en zonas rurales (Íñiguez *et al.*, 2017) y barrios insalubres— y el género femenino, con la excepción en este último del nivel educativo¹³.

También han sido identificadas condiciones de vulnerabilidad social en sujetos migrantes en las esferas: político-institucional, específicamente referida a su *status* legal y la fuente de producción y distribución de activos a partir de esta condición; vulnerabilidad alimentaria a partir de la no disponibilidad de la tarjeta para la compra de la canasta familiar normada a precios subsidiados;

13 Para ampliar, véase: Díaz, D. Desigualdades etarias e interseccionalidad. Análisis del contexto cubano 2008-2018. En colección *Tensión y complicidad entre desigualdades y políticas sociales. Análisis interseccional del contexto cubano 2008-2018*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Programa-Cuba) y Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.

vivienda y hábitat no adecuados para el acceso al bienestar; vulnerabilidad laboral por la inestabilidad en el empleo —por lo que sus activos financieros son insuficientes—; y vulnerabilidad medioambiental (Ramos, 2018).

Las medidas aplicadas para el enfrentamiento a la COVID-19

Ante la situación creada a nivel mundial con la COVID-19, el gobierno cubano aprobó el 29 de enero de 2020 el “Plan nacional de prevención y enfrentamiento al nuevo coronavirus”, con más de 500 medidas. Para su implementación y control fue creado un Grupo Temporal Nacional dirigido por el Presidente y el Primer Ministro, que ha realizado un seguimiento diario de la situación epidemiológica del país y de las medidas adoptadas, así como sesiones de trabajo con el Grupo Asesor Económico para abordar temas concernientes a la estrategia de desarrollo económico-social del país. Asimismo, se puso en práctica una estrategia de comunicación que informa de manera directa y sistemática a la población sobre la situación epidemiológica y las medidas adoptadas.¹⁴

Entre las características del plan para la prevención y enfrentamiento a la COVID-19 se encuentran las siguientes: actualización y adecuación sistemática de las medidas acorde a la situación epidemiológica del país y los territorios¹⁵; su aplicación

14 Se destacan en particular las conferencias de prensa del Dr. Francisco Durán García, director de Epidemiología del MINSAP, sobre la situación epidemiológica de Cuba y el mundo, y las Mesas Redondas para actualizar sobre diferentes temas relacionados con la prevención y control de la COVID-19, ambas con transmisión televisiva y radial. Durante seis meses tuvieron una frecuencia diaria.

15 Las etapas definidas son: Pre-epidémica: se notifican casos confirmados de viajeros procedentes de países afectados, o casos locales que se han producido porque han tenido vínculos o contactos con esos viajeros; Transmisión autóctona limitada: se confirman casos en los cuales no se han podido establecer nexos directos con viajeros procedentes de áreas afectadas; casi siempre está limitada a conglomerados pequeños (localidad, institución o centro laboral); Epidémica: se detectan y confirman casos sin nexos con viajeros, se incrementan los casos en diferentes localidades del territorio nacional y ocurren picos en la curva de la pandemia.

gradual y escalonada, con adelanto de las correspondientes a etapas posteriores, con vistas al logro de mayor eficiencia y prever sucesos de mayor complejidad¹⁶; actuación intersectorial conducida por el gobierno, con participación de organismos de la administración central del Estado, el sistema de ciencia y tecnología, organizaciones e instituciones sociales, gobiernos locales, el sistema de la defensa civil¹⁷ y la ciudadanía. Asimismo, se destaca por un enfoque generacional y de género, pues incluye atención diferenciada a la tercera edad y protección a madres trabajadoras (Domínguez, 2020).

En junio de 2020 fue aprobado el «Plan de medidas para la etapa de recuperación pos-COVID-19 en Cuba», cuya primera etapa es básicamente de recuperación y tiene como objetivos regresar a la mayor normalidad posible de manera gradual y asimétrica, evitar un rebrote de la enfermedad, a la par de desarrollar las capacidades para enfrentarlo; y reducir los riesgos y vulnerabilidades como consecuencia de la enfermedad; en la segunda se desarrolla una estrategia de fortalecimiento económico para enfrentar una crisis prolongada a nivel global. La primera etapa contempla diferentes fases, acorde al cumplimiento de indicadores sanitarios en cada territorio¹⁸. Posteriormente, en octubre del propio año, la Asamblea Nacional del Poder Popular aprobó la Actualización de la imple-

16 Véase intervención del Presidente Díaz Canel, en: <http://www.cuba-debate.cu/noticias/2020/03/20/gobierno-cubano-informa-nuevas-medidas-para-el-enfrentamiento-a-la-covid-19-video/#.XwSeUihKJIU>

17 Incluye los Consejos de Defensa provincial, entre cuyas responsabilidades se encuentran: velar por el cumplimiento de las medidas de aislamiento físico, la vigilancia epidemiológica, la reorganización de la asistencia médica, la protección de los trabajadores de la salud pública, el control de las unidades de asistencia social y centros laborales, garantizar el tratamiento médico a personas vulnerables y las campañas de comunicación social. Asimismo, en coordinación con otras instituciones, determinan los espacios para alojar al personal de salud procedente de otras provincias, apoyan la pesquisa activa y el suministro de medicamentos preventivos, y estimulan la participación activa y responsable de la población en el cumplimiento de las medidas orientadas por el Ministerio de Salud Pública.

18 Tasa de incidencia, Índice reproductivo, Casos activos, Número de casos positivos con fuente de infección conocida en los últimos 15 días, y Eventos de transmisión local.

mentación de la estrategia económico-social, acorde a la evolución y efectos de la COVID-19 en el país¹⁹.

Rodríguez y Odriozola (2020) han fundamentado los impactos sociales de la COVID-19 para la sociedad cubana: reducción de la disponibilidad de alimentos, afectaciones en el consumo y en la producción del cuadro básico de medicamentos, presiones sobre el sistema de salud pública y asistencia social e impactos en la educación y servicios culturales específicos. Pero, al igual que ocurre con otras situaciones extraordinarias o de crisis, sus efectos sobre los grupos sociales no son homogéneos, por el contrario, se acentúan en los grupos sociales más vulnerables; por ello las políticas implementadas para enfrentar la pandemia muestran un tratamiento diferenciado para estos grupos.

Entre los elementos esenciales de la estrategia de atención a los grupos vulnerables se distingue lo concerniente a la identificación de las personas o grupos y las medidas específicas aplicadas en la situación pandémica. Respecto a la identificación, en consonancia con lo antes señalado sobre cómo es entendida la *población vulnerable* o en *situación de riesgo* en la política social del país, se identifican: población de riesgo en la alimentación, adultos mayores y personas con discapacidad; y además se precisa o amplía la composición de dicho grupo, incluyendo a embarazadas de alto riesgo, jubilados con bajos ingresos y adultos mayores que viven solos, entre otros casos sociales. En relación con las medidas, se ratifica como principio general la protección a los grupos vulnerables y en las políticas sectoriales se precisan adecuaciones para su atención.

19 Sus áreas claves tienen impacto en la calidad de vida de la población, de manera más directa (en lo que refiere a grupos vulnerables): Producción de alimentos, Salud, Industria farmacéutica, biotecnológica y producciones biomédicas, Telecomunicaciones, Construcciones, Comercio Interior, Política de empleo y salario, Seguridad y atención social.

Políticas de salud

Las medidas en el ámbito de la salud pública son coherentes con los principios del sistema de salud cubano, a saber: carácter estatal y social, equidad —accesibilidad y gratuidad de los servicios—, prevención, aplicación de los adelantos de ciencia y técnica, participación comunitaria, integralidad e intersectorialidad, promoción de salud y colaboración internacional. Se destaca en ellas el protagonismo del sistema de Atención Primaria de Salud —Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia y Policlínicos comunitarios integrales— en la prevención y la identificación inmediata de los casos. Estas características y principios han constituido una fortaleza para el enfrentamiento a la crisis sanitaria generada por la COVID-19.

Según Lavell *et al.* (2020), las políticas de gestión de riesgo frente a la pandemia se organizan en torno a tres tipos de medidas —mecanismos de control epidemiológico, políticas de confinamiento y distanciamiento físico, y fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud público—, las que abordan el riesgo primario de morbilidad y mortalidad y el riesgo secundario de colapso del sistema de salud. En el caso de Cuba, se han implementado además otras medidas, dirigidas a reducir el riesgo terciario, asociado a las afectaciones en la economía y los servicios sociales, la producción nacional de medicamentos, la capacitación y la comunicación.

Las medidas de salud son de cobertura universal, entre ellas se destacan: pesquisa activa y constante, distanciamiento físico, habilitación de centros de aislamiento para personas sospechosas de

contagio y sus contactos²⁰, incremento de pruebas para el diagnóstico de la COVID-19 —pruebas de PCR en tiempo real y test rápidos—, ingreso hospitalario para todas las personas confirmadas con la enfermedad, organización de la atención médica y aseguramiento de los recursos necesarios, adecuación sistemática del protocolo de atención médica, capacitación especializada, suministro de medicamentos preventivos para fortalecer el sistema inmunológico, como el fármaco homeopático PrevengHo Vir. Sin embargo, tales medidas y otras específicas, se aplican de forma prioritaria a los grupos considerados vulnerables: personas con infección respiratoria aguda, enfermedades crónicas o discapacidad, adultos mayores, personas en centros de aislamiento, personas con conductas deambulantes, las que se encuentran en instituciones sociales —casas de abuelos, hogares de ancianos y maternos, centros psicopedagógicos o espacios con alta concentración de personas—, personas convalecientes y personal sanitario. Por ejemplo, aplicación de test rápidos a la población de riesgo —ancianos que viven solos, mayores de 65 años y personas en instituciones sociales—; de inmunomoduladores como la Biomodulina-T²¹, anticuerpos monoclonales y la vacuna VA-MENGOC-BC a personas vulnerables y del Interferón Nasal al personal de salud; capacitación especializada de trabajadores con alto riesgo epidemiológico; y estrategia de intervención en las

20 Esta medida estuvo vigente desde el comienzo de la pandemia hasta octubre de 2020. A partir de ese momento se establece el ingreso domiciliario de los contactos de casos confirmados, atendidos por la Atención Primaria de Salud, con la excepción de los adultos mayores, los que no tengan condiciones en el hogar y quienes por su conducta no pueden aislarse disciplinadamente. Ello se corresponde con lo previsto en el Código de vida para la nueva normalidad (octubre de 2020), que propugna mayor autocuidado y responsabilidad de las personas ante la pandemia.

21 El fármaco cubano Biomodulina-T fue administrado a 8 686 adultos mayores en Cuba, con el propósito de reforzar su inmunidad, ninguno de ellos se infectó con el virus SARS-CoV-2; 191 pacientes presentaron infecciones respiratorias y la mortalidad registrada es de 0,8%, inferior a lo reportado en años anteriores. Véase intervención de la Dra. Consuelo Macías Abraham, directora del Instituto de Hematología e Inmunología en el espacio televisivo Mesa Redonda del 16 de octubre de 2020.

personas mayores que residen en los hogares de ancianos del país. La atención a estos grupos vulnerables específicos y a niños, adolescentes, jóvenes y gestantes ha incluido la atención psicosocial²².

El sistema cubano de salud pública ha demostrado fortalezas indiscutibles para el enfrentamiento a la pandemia: un sólido sistema de salud de cobertura universal, cuyo eslabón básico es el sistema de Atención Primaria de Salud; prioridad de sus gastos en el presupuesto estatal, que dedica aproximadamente el 27,5 % a la salud pública en condiciones ordinarias y que durante la crisis sanitaria ha asumido los gastos extraordinarios —funcionamiento de los centros de aislamiento, pruebas diagnósticas, tratamientos, medicamentos, insumos, entre otros—; articulación de los decisores con la academia e introducción de los resultados de la ciencia y la innovación; participación de la industria biotecnológica y farmacéutica nacional en la producción de medicamentos para la prevención y tratamiento de la enfermedad; y participación de organismos estatales, gobiernos locales, organizaciones sociales y población en la implementación y seguimiento de las medidas adoptadas.

Las medidas en el ámbito de la salud garantizan la cobertura universal de la atención médica y la equidad, dadas la accesibilidad y gratuidad de los servicios y la atención focalizada a grupos vulnerables. En relación con la calidad, directivos del país han señalado varias insatisfacciones relativas a algunos centros de aislamiento: condiciones materiales —muchos de ellos son locales destinados a otros fines sociales, que fueron readaptados con premura—, funcionamiento, disciplina, cumplimiento de los protocolos establecidos y trasmisión adecuada de información. Asimismo, han reconocido la necesidad de mayor rigor y calidad en

22 Véase intervención de Dra. C. Lidia Hernández Gómez, profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), en el programa televisivo Mesa Redonda, 10 de septiembre de 2020.

las pesquisas y una respuesta más eficiente del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM)²³.

Políticas educativas

El sistema educativo cubano es de carácter estatal y se define por su masividad, equidad en el acceso a oportunidades, gratuidad a todos los niveles y atención diferenciada a la diversidad. Cuenta con un sistema de instituciones de diferente nivel desplegadas en todo el territorio nacional, que abarcan: círculos infantiles para la educación preescolar, escuelas primarias, secundarias básicas, preuniversitarios —urbanos, vocacionales y militares—, institutos tecnológicos, escuelas especiales de diferente tipo, escuelas de arte, escuelas de iniciación deportiva, universidades e instituciones para la enseñanza de adultos.

Las medidas de enfrentamiento a la COVID-19 han incluido el fortalecimiento de las medidas preventivas en todas las instituciones educativas, entre ellas las higiénico-sanitarias, de organización del sistema y capacitación de los profesores y directivos. Con la entrada del país en la fase de transmisión autóctona limitada y con el propósito de proteger la salud de infantes, adolescentes y jóvenes las actividades educativas presenciales en todos los niveles de enseñanza fueron suspendidas —con excepción de los círculos infantiles²⁴, donde se extremaron las medidas higiénico-sanitarias—, y se desarrolló una programación televisiva especial, con teleclases, guías de estudio, actividades de consolidación para estudiantes en grados terminales y para pruebas de ingreso a la educación superior;

23 Véanse las intervenciones del Viceprimer ministro Morales Ojeda, en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/04/17/otras-prioridades-en-la-agenda-del-gobierno-cubano-mas-alla-de-la-covid-19/> y <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/04/19/cuba-frente-a-la-covid-19-dia-40-ultimas-noticias/> y del Presidente Díaz-Canel, en periódico Granma, 7 de abril de 2020.

24 Esta decisión se fundamenta en el rol que desempeñan las madres trabajadoras en sectores estratégicos del país, como la salud pública y asistencia social, donde representan el 68,79 % del total de trabajadores.

con apoyo de herramientas comunicacionales e informáticas²⁵ y el acompañamiento a distancia de las experiencias educativas de los estudiantes, teniendo en cuenta las especificidades de cada nivel y modalidad de enseñanza. Los exámenes de ingreso a la educación superior y el cierre del curso escolar fueron pospuestos. A la par ha tenido lugar la preparación metodológica de los profesores de todos los niveles educativos para los ajustes curriculares, desde la modalidad de teletrabajo.

En la etapa de recuperación pos-COVID-19 se reiniciaron las actividades presenciales en todos los niveles de enseñanza, pero con adecuaciones en cada territorio, según su situación epidemiológica; hasta la cuarta semana del reinicio de estas actividades en el país no se habían identificado eventos de transmisión en las escuelas.

En relación con la cobertura, el acceso a la educación en el contexto de emergencia sanitaria sigue teniendo un carácter universal y gratuito, accesible en todos los territorios del país e incluye la disponibilidad de materiales escolares, garantizados gratuitamente a los estudiantes; sin embargo, la suficiencia y calidad de las teleclases y otras actividades a distancia no resultan comparables con las actividades presenciales habituales, entre otras razones, por las limitaciones de maestros y profesores para este tipo de enseñanza y de la infraestructura tecnológica necesaria. Respecto a la equidad, el análisis específico para los grupos considerados vulnerables puede revelar resultados diferenciados en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los estudiantes pertenecientes a familias con desfavorables condiciones materiales de vida —bajos ingresos, bajo capital

25 Portal Cubaeduca, *software* Mi clase TV, canal del Ministerio de Educación en *YouTube*, redes sociales y otras vías alternativas, con acceso gratuito desde el servicio de Nauta Hogar y por datos móviles.

cultural, viviendas inadecuadas—, aquellos que conviven con madres solas que trabajan formal o informalmente y pueden dedicar escaso tiempo al apoyo a sus hijos en cuanto al estudio, con adultos mayores, personas con discapacidad o enfermedades crónicas que requieren cuidados, podrán aprovechar en menor medida las alternativas educativas diseñadas. De especial interés es la situación de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, según indicadores en los ámbitos familiar, educativo y comunitario (Nuñez, 2019). Para atenuar estas brechas, las medidas han previsto la habilitación de un período de nivelación antes de las evaluaciones y los exámenes de ingreso a la educación superior; el ajuste de exámenes y currículos escolares, según niveles, años, modalidades de enseñanza y diversidad espacial.

Desde la perspectiva de las familias, y en particular de las mujeres en su rol de madres, la suspensión de clases ha significado mayores exigencias para la atención educativa a infantes y adolescentes, que añade más responsabilidades a su habitual sobrecarga de tareas de cuidado. Actividades como la compra y elaboración de alimentos, la higiene personal y del hogar y el cuidado de salud se han complejizado durante la crisis sanitaria y compiten con el apoyo a la actividad de estudio; esto afecta en particular a las jefas de hogares monoparentales femeninos y a las trabajadoras de la salud, que han tenido altísimas exigencias en esta etapa.

Políticas de trabajo y seguridad social

La protección social incluye la seguridad económica de las personas, que en el caso de los adultos mayores se define como la capacidad de disponer y usar de manera independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares para asegurar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002). Las fuentes de seguridad

económica en la vejez son la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares (Huenchuan y Guzmán, 2006).

En general, los trabajadores que no pudieron ser reubicados tras la paralización eventual de su entidad recibieron una garantía salarial equivalente al 100% de su salario básico el primer mes y al 60% en los otros meses de interrupción. Estas garantías salariales se aplicaron igualmente a:

- Trabajadores con alguna condición de vulnerabilidad o riesgo ante la enfermedad, entre ellos los adultos mayores — como se explicó antes, el 20,8% de las personas de 60 años y más trabaja— y las personas con problemas de salud. Hasta el 12 de octubre de 2020 ascendían a 19 300.
- Madres, padres o tutores de niños y niñas en edad escolar, con condición de trabajadores remunerados, durante la suspensión de clases en el nivel primario y la educación especial, así como aquellos que decidieron no llevar a sus hijos al servicio de guardería infantil durante el aislamiento físico. Han sido beneficiadas 55 700 personas hasta octubre de 2020²⁶.
- Personas en aislamiento preventivo a causa de la COVID-19, en total más de 10 500.

Los jubilados por edad —que constituyen el 63,4% de las personas de 60 años y más— continuaron recibiendo sus pensiones habituales. Asimismo, se favoreció el trabajo a distancia y el

26 A las madres trabajadoras que se encontraban en el disfrute de licencias complementarias por maternidad y a cuyo vencimiento resultaba imposible su incorporación laboral por la responsabilidad con el cuidado del niño, se les prorrogó la licencia, en este caso no retribuida. Véase: Intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultada el 11 de mayo de 2020 en <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/03/31/ministerio-de-trabajo-tratamiento-laboral-salarial-y-de-seguridad-social-por-la-covid-19/#.XwSsfShKJIU>.

teletrabajo en las actividades que lo permiten²⁷, lo que favorece en particular a las personas con alguna vulnerabilidad.

Tanto las garantías salariales como las pensiones por edad contribuyen a la seguridad económica de las personas; sin embargo, en un contexto de epidemia, con el incremento de los gastos familiares de alimentación, aseo, servicios básicos, etc., dichos montos, que en condiciones ordinarias resultan insuficientes para cubrir las necesidades básicas (García y Anaya, 2018), han debido contraer más su capacidad de compra. Los apoyos de redes sociales y familias resultan entonces importantes, especialmente para aquellos adultos mayores que viven solos o que no reciben algún tipo de ayuda.

Asistencia social

Además de los beneficiarios de la asistencia social en condiciones ordinarias, ante la situación de emergencia sanitaria se dispuso la protección de los núcleos familiares con insuficiencia de ingresos debido a las medidas tomadas durante la pandemia —disminución del salario o pérdida de ingresos—, así como por el aumento de los gastos del hogar. Una vez comprobada la insuficiencia de ingresos para el pago de servicios básicos, se concedieron *prestaciones monetarias temporales excepcionales* de la asistencia social, en las cuantías actualmente vigentes, según la composición del núcleo familiar, independientemente del sector donde se labore. El concepto de núcleo vulnerable se amplió en las condiciones de pandemia e incluye, además de los núcleos de bajos ingresos a: adultos mayores que viven solos, personas con discapacidad o enfermedades crónicas severas, personas que reciben el Servicio de Alimentación Familiar (SAF),

27 Durante la pandemia la cifra de personas en la modalidad de trabajo a distancia y teletrabajo llegó a 624 000 trabajadores, en septiembre de 2020 descendió a 334 779, que representa el 11% de los trabajadores del sector estatal. Las cifras expuestas en este apartado han sido tomadas de la intervención de la ministra de Trabajo y Seguridad Social en el espacio televisivo Mesa Redonda, del 12 de octubre de 2020.

mujeres embarazadas, madres solas con hijos menores, madres con hijos con discapacidad severa, personas con movilidad restringida, etc. Entre esos grupos vulnerables se priorizaron los ancianos que viven solos y los que presentan alguna discapacidad. Para la identificación de los núcleos familiares vulnerables, se realizaron visitas por los trabajadores sociales que atienden las comunidades²⁸.

El sistema de asistencia social aprobó hasta el cierre de octubre un total de 7 765 *prestaciones monetarias temporales excepcionales*, la mayor parte de ellas a núcleos detectados con insuficiencias de ingresos (7 256) y en menor medida a trabajadores (751), tanto del sector estatal como del no estatal; del total de prestaciones aprobadas, el 93,4% (7 248) corresponde a prestaciones monetarias y 759 a prestaciones de servicios (MTSS, 2020).

Además de los servicios sociales habituales del sistema de atención social enunciados previamente, como parte de las medidas de enfrentamiento a la COVID-19, se incluyeron los siguientes: entrega de alimentos a domicilio por el Sistema de Atención a la Familia (SAF), entrega de servicios alimentarios y medicamentos controlados, pago de pensiones y prestaciones de la seguridad social y la asistencia social en los domicilios de sus beneficiarios; su implementación se realiza en las comunidades con la participación de trabajadores sociales, organizaciones sociales, gobiernos locales, la Dirección de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y los puestos de mando territoriales. También se estableció la atención diferenciada a los ancianos en hogares y casas de abuelos, y a las personas con conducta deambulante. Otro elemento novedoso es que, desde el inicio de la epidemia, todos los servicios sociales se aprueban directamente en los municipios, con el objetivo

28 El número de núcleos vulnerables atendidos por trabajadores sociales en el país antes de la epidemia (2 000) registró hasta julio un incremento de 2 155 núcleos familiares más.

de garantizar inmediatez en la protección de las personas que los requirieran, por encontrarse en alguna situación de vulnerabilidad.

Como parte de la atención especial a personas mayores de 65 años, y en coordinación con otros organismos, varios territorios garantizaron la entrega a domicilio de la canasta familiar normada, medicinas y ensayaron diferentes alternativas para incrementar la entrega de productos alimenticios.

Las medidas están diseñadas para proveer cobertura a todas las personas que necesiten los servicios de asistencia social, favoreciendo con ello el logro de equidad. Sin embargo, directivos del MTSS, aunque reconocen los esfuerzos realizados, señalan algunas fallas en cuanto al completamiento de las visitas a los núcleos vulnerables, que podrían incidir en que algunas familias necesitadas no reciban la protección prevista. En relación con la calidad de estos procesos y la implementación de todos los servicios diseñados, se constatan diferencias entre los territorios²⁹. Por ello, entre las prioridades definidas por este organismo se encuentran el perfeccionamiento de la prevención, asistencia y trabajo social, el desarrollo de programas y servicios sociales dirigidos a personas y núcleos vulnerables, y la ampliación del alcance y cobertura de los servicios sociales comunitarios³⁰.

Para la etapa de recuperación pos-COVID-19 se mantiene la atención personalizada y priorizada a los grupos vulnerables: extensión del término de vigencia de las *prestaciones monetarias temporales excepcionales* de la asistencia social para los núcleos familiares vulnerables (en las fases 2 y 3 de la recuperación esta medida queda sin efecto al retomarse los trámites de la seguridad

29 Véanse declaraciones del presidente Miguel Díaz-Canel en *Granma*, 17 de abril de 2020.

30 Véase intervención de Marta Elena Feitó, ministra de Trabajo y Seguridad Social en el espacio televisivo Mesa Redonda, el 2 de octubre de 2020.

social); los núcleos familiares donde se compruebe insuficiencia de ingresos, personas con discapacidad y adultos mayores que viven solos continuarán recibiendo una atención diferenciada por los trabajadores sociales; se mantiene vigilancia estricta del cumplimiento de las medidas previstas en instituciones sociales; el servicio a domicilio en el sistema de atención a la familia, sin costo para el beneficiado, se mantiene solo para las personas vulnerables en la fase 3.

Comercio interior y alimentación

Las medidas adoptadas declaran como prioridad, la producción local de alimentos, que permita el autoabastecimiento municipal y la reorientación hacia el comercio —por distintas vías— de las producciones e inventarios de actividades que fueron reducidas o paralizadas, como el turismo y la educación. Establecen un grupo de regulaciones dirigidas a la protección y satisfacción de las necesidades de la población³¹, el aseguramiento de la vitalidad de la red comercial, el cumplimiento de las disposiciones higiénico-sanitarias, el reaprovisionamiento de productos de primera necesidad en correspondencia con su disponibilidad, y la desconcentración de ofertas para evitar la aglomeración de personas. Incluyen cuestiones relativas a la organización de las ventas y servicios, comercio electrónico en tiendas virtuales, reordenamiento de mercados de los trabajadores por cuenta propia y suspensión de los servicios de alojamiento, actividades recreativas y campismo popular.

Con vistas a lograr una distribución equitativa en medio de la situación de escasez, se limita la venta de mercancías por persona para evitar su acaparamiento con fines comerciales, se potencia la distribución de productos en comunidades apartadas, lugares

31 Abarcan la venta de mercancías, gastronomía, alojamiento hotelero y a los servicios personales y técnicos. Véase: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/03/21/mincin-anuncia-medidas-para-la-prevencion-y-enfrentamiento-a-la-covid-19/#.XwSf6ihKJIU>.

donde hay poca presencia de unidades de comercio y centros de trabajo priorizados, se controlan los precios mayoristas y minoristas establecidos para evitar su incremento, en particular de los productos esenciales, además de la canasta familiar normada —que garantiza los mismos niveles de alimento y aseo previos a la pandemia—, se establece la venta controlada o regulada de productos de primera necesidad a precios no subsidiados, según las disponibilidades del país; y en cuanto al combustible para cocinar, se mejora la entrega a la población de gas licuado de petróleo, con la disminución de los ciclos de entrega³².

En relación con los grupos vulnerables, se brinda atención especial a las personas mayores de 65 años, mediante la entrega a domicilio de alimentos (almuerzo y comida) del Sistema de Atención a la Familia y de la canasta familiar normada, así como la búsqueda de alternativas para incrementar la entrega de productos alimenticios. Se establecen autorizaciones excepcionales con las libretas de abastecimiento, que aseguran el recibo de la canasta básica a niños y embarazadas que tengan dirección de otra provincia y residan en La Habana³³. Se prorrogan por 180 días las dietas médicas que vencían en los meses de marzo y abril. En cuanto a los servicios de reparación y mantenimiento de equipos y enseres menores, se incrementan los dirigidos a domicilio.

Las medidas relativas al comercio interior brindan cobertura a toda la población y favorecen el acceso equitativo a alimentos y otros productos básicos, a partir del control de precios, la accesibilidad a los establecimientos y la entrega a domicilio para las personas vulnerables. En cuanto a la calidad, según criterios de directivos y de la población, a pesar de las medidas adoptadas no se logra una

32 Véase “Disminuyen ciclos de entrega de gas licuado”. En periódico *Granma*, 8 de abril de 2020.

33 <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/04/26/cuba-frente-a-la-covid-19-dia-47-ultimas-noticias/>.

organización adecuada para el acceso a los establecimientos, lo que favorece las indisciplinas sociales y el acaparamiento; por otro lado, el servicio en las tiendas virtuales ha presentado inestabilidad³⁴.

Para la etapa de recuperación pos-COVID-19 en el comercio y los servicios se implementan diferentes medidas. Entre las que se aplican en igualdad de condiciones en las tres fases se encuentran: las regulaciones de precios de los productos agropecuarios en todos los tipos de mercados, la venta de productos liberados —entre ellos módulos de aseo— que se comercializan en la venta controlada a precios sin subsidios, la venta regulada de productos en la red de comercio minorista y de producciones locales de alimentos en los territorios, la reapertura gradual de los mercados industriales, las cadenas de tiendas y las unidades gastronómicas y la estabilización del comercio electrónico en las tiendas virtuales. Otras medidas son adecuadas por fases: en las fases 1 y 2 se mantiene la venta de módulos en los barrios y centros laborales, la prioridad en la reparación y mantenimiento de los equipos de cocción de alimentos y refrigeración para algunos grupos sociales, y el servicio a domicilio en el Sistema de Atención a la Familia, sin costo para el beneficiado. En la fase 3 estos servicios retornan a la normalidad y el servicio a domicilio de alimentos elaborados sin costo se mantiene solo para grupos vulnerables; durante las etapas se restablecen de forma gradual los servicios gastronómicos y de otras unidades.

En general las nuevas medidas aplicadas han estado basadas en los principios generales de la política social cubana, y han incorporado elementos novedosos respecto al escenario prepandemia, en particular: adecuación acorde a la situación epi-

34 Entre ellas: órdenes no ejecutadas, dinero pendiente de devolución, atraso en la entrega en las tiendas, funcionamiento de las páginas web, desactualización de los inventarios contra las ofertas. Véase: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/04/28/prosigue-gobierno-cubano-su-empeno-para-hacer-frente-a-la-covid-19/>.

demiológica de los territorios, articulación de actores diversos —trabajadores sociales, organizaciones sociales, gobiernos locales, direcciones municipales de trabajo y de asistencia social, los puestos de mando territoriales, sector no estatal—, ampliación de los criterios para la identificación de los grupos vulnerables, innovaciones sociales como las pesquisas activas —presenciales y virtuales— y los centros de aislamiento, ampliación del tipo de prestaciones y servicios, descentralización de los trámites, uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en las actividades educativas, comercio interior y trabajo —teletrabajo y trabajo a distancia—.

Efectividad de las medidas aplicadas para contrarrestar la coyuntura

La experiencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19 pone de manifiesto la importancia de desarrollar políticas sociales pertinentes a contextos ordinarios y de crisis, que garanticen la protección social de toda la población, incluyendo aquella en situaciones de vulnerabilidad y desventaja.

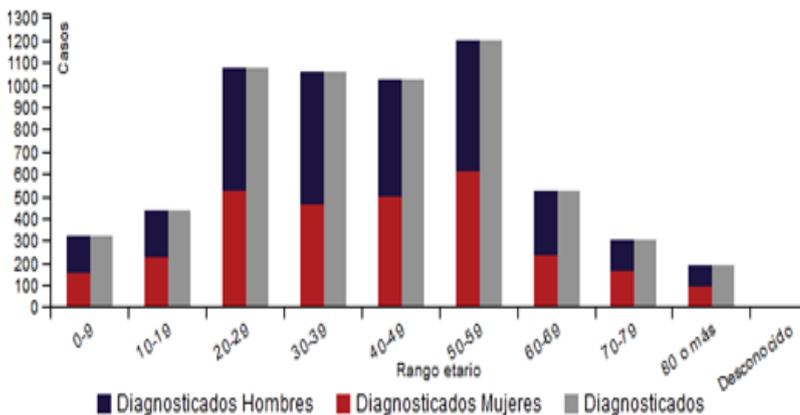
Los datos que a continuación se presentan muestran el comportamiento de la epidemia en el total de la población y en algunos de los grupos definidos como vulnerables³⁵.

La distribución por rangos etarios de los casos diagnosticados con el SARS-CoV-2 destaca que las mayores proporciones se encuentran en los grupos etarios desde los 30 a 59 años, que aportan más de la mitad de las personas contagiadas: 53,27% (3 669 / 6 887). En el segmento infanto-juvenil (0-29 años) se diagnostican 2 082 casos, que representan el 30,23% de todos los casos (2082 / 6887). Los mayores de 60 años representan el 16,49% de los contagiados (1 136 / 6 887) (PostData.

35 Toda la información presentada en esta parte corresponde al período entre el inicio de la epidemia en Cuba (11 de marzo de 2020) y el 31 de octubre de 2020 y ha sido tomada de PostData.club.

club). La tendencia observada durante la evolución de la pandemia pone de manifiesto la reducción de las edades de los casos positivos, por el aumento de la incidencia en el grupo de 20 a 39 años³⁶.

Gráfico 2. Distribución por rangos etarios



Fuente: PostData.club.

Otra arista para el análisis de la vulnerabilidad de los adultos mayores es la espacial. El estudio de la distribución de la población vulnerable a la COVID-19 en la provincia La Habana, evidencia la existencia de un grupo de áreas de salud de muy alta y alta vulnerabilidad —ubicadas fundamentalmente en el cinturón central de la provincia y adicionalmente en el cinturón intermedio y periferia—, que coinciden con los espacios que presentan mayor proporción de la población de 60 años y más con enfermedades crónicas. Por lo general estas áreas se corresponden con los espacios de mayor densidad poblacional, hacinamiento, áreas comerciales y de servicios. La mayor cantidad de pacientes confirmados como positivos a la COVID-19 coincide con áreas de salud clasificadas con vulnerabilidad muy alta y alta (Pérez *et al.*, 2020).

36 Boletín INFOPOB. Edición Especial COVID-19, No. 11. La Habana: CEDEM, 26 de octubre de 2020.

Aunque la evolución clínica de la enfermedad es más favorable en los jóvenes, una proporción cercana a la quinta parte de los enfermos corresponden al grupo de 15-29 años (21,86%)³⁷. Los pacientes en edades pediátricas entre marzo y junio de 2020 representaban entre el 10% y el 12% del total de casos confirmados por COVID-19, el sexo de mayor incidencia es el masculino y la mayor representatividad ha estado en los niños mayores de 10 años³⁸.

En relación con la mortalidad, aunque los contagiados mayores de 60 años, con unos 995 casos, representan solo el 16,49% de enfermos por la COVID-19 en Cuba, ellos concentran el 80,46% de las defunciones (103 / 128); no se registran fallecimientos en el segmento infante-juvenil. El 93, 8% de los fallecidos padecía de una o más comorbilidades, entre las cuales las de mayor presencia son hipertensión arterial y diabetes. Puede concluirse entonces que la mayor vulnerabilidad para contraer la enfermedad se ubica en los adultos jóvenes y medios, pero se confirma que la mayor vulnerabilidad en términos de mortalidad se encuentra en los adultos mayores.

Por sexos, el masculino aporta el 53,8% de los contagiados y el femenino el 46,2%; el 60,9% del total de fallecidos es del sexo masculino.

En lo que respecta a toda la población, se destacan varias cuestiones que han contribuido a la efectividad de las medidas aplicadas:

- Enfrentamiento a la COVID-19 como prioridad política para gobierno, organismos, organizaciones políticas y sociales.

37 Boletín INFOPOB. Edición Especial COVID-19, No. 10. La Habana: CEDEM, 10 de septiembre de 2020.

38 Véanse declaraciones de la Dra. Lissette del Rosario López, Jefa del Grupo Nacional de Pediatría del MINSAP. Recuperado de <https://salud.msp.gob.cu/el-sistema-de-salud-la-atencion-a-la-poblacion-pediatrica-y-al-adulto-mayor-en-tiempo-de-pandemia/#respond>.

- Desarrollo de políticas de gestión del riesgo, que incorporan en primer lugar el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud, con el objetivo de reducir la vulnerabilidad, además de aquellas que abordan los riesgos de morbilidad / mortalidad y de colapso del sistema de salud —control epidemiológico, confinamiento y distanciamiento social—, acciones dirigidas a reducir los riesgos asociados a las afectaciones en la economía y los servicios sociales.
- Implementación de la estrategia de prevención, enfrentamiento y recuperación de manera dinámica, actualización sistemática e implementación acorde a la situación epidemiológica del país y de los territorios.
- Cobertura universal de los servicios sociales, de conjunto con acciones focalizadas en los grupos vulnerables, como garantía de equidad en la protección social.
- Énfasis en la prevención, con medidas como el control epidemiológico, confinamiento y distanciamiento físico, pesquisa activa —apoyada en sistema de Atención Primaria de Salud—, atención específica a grupos vulnerables, capacitación, promoción de salud, información y comunicación.
- Integralidad e intersectorialidad. Las medidas se proyectan hacia diferentes ámbitos —salud, trabajo, seguridad social, educación, asistencia social, comercio interior, alimentación, transporte, comunicaciones, cultura y deportes— íntimamente interrelacionados; y en su cumplimiento ha sido esencial la cooperación interinstitucional.

- Introducción de los resultados de ciencia, técnica e innovación, producción nacional de medicamentos, participación de científicos y expertos en la toma de decisiones.
- Articulación de actores para el enfrentamiento a la epidemia, destacándose en particular el vínculo academia-decisiones y diversas formas de participación de la población.
- Capacidad del gobierno como coordinador de las políticas, para integrar las iniciativas de la sociedad civil en el rediseño e implementación de las medidas.
- Información y comunicación sistemática, veraz y transparente sobre la situación epidemiológica y la respuesta política del país.

No obstante, aún la pandemia se encuentra en evolución, las tendencias en su comportamiento son dinámicas y se requiere mayor información para evaluar con precisión la efectividad de las políticas. Una evaluación *ex-post*, una vez terminada la epidemia en el país, debe permitir el análisis del impacto de las medidas desplegadas, su eficacia y eficiencia, tanto en toda la población como en los grupos vulnerables. Esta evaluación permitiría integrar aquellos aspectos que han resultado esenciales en la protección social de la población en condiciones extraordinarias, como es la epidemia COVID-19, y establecer las condiciones de su efectividad en situaciones de emergencia.

Recomendaciones para mejorar la protección social de los grupos vulnerables

Acorde a lo señalado al inicio, respecto a la pertinencia de dos tipos de análisis con relación a la vulnerabilidad —efectos sociales y económicos en los grupos vulnerables y vulnerabilidad en salud—, se formulan sendas líneas de recomendaciones.

Respecto a lo primero, para asegurar la eficacia de la protección social de los grupos vulnerables y la atención a los problemas sociales que emergen en el contexto de la COVID-19, se requiere la identificación precisa de los diferentes grupos que componen ese segmento poblacional y la caracterización de sus necesidades, a fin de diseñar e implementar acciones pertinentes (Zabala *et al.*, 2015). Como ha sido señalado previamente, en los documentos oficiales del país se consignan como “población vulnerable o en riesgo” a los adultos mayores, personas con discapacidad y población de riesgo en la alimentación, los que han recibido una protección social específica durante la epidemia. Dicho enfoque requiere ser complementado a partir de las siguientes consideraciones: la existencia de otros grupos poblacionales —por ejemplo, personas desocupadas, trabajadores informales, migrantes, cuidadores, trabajadores del sector estatal tradicional, mujeres jefas de hogar, residentes en barrios insalubres y otras condiciones precarias de vivienda— con situaciones diversas de desventaja; su reforzamiento a partir de la intersección entre diferentes dimensiones, como género, color de la piel, edad, territorio, etc.; y la heterogeneidad existente al interior de los grupos sociales considerados como vulnerables (adultos mayores, personas con discapacidad, infantes, jóvenes, etc).

En relación con lo segundo, la aplicación de medidas de salud específicas en los grupos considerados vulnerables necesita combinar criterios médicos —enfermedades, comorbilidades, discapacidad—, demográficos —adultos mayores, infantes— y laborales —personal de salud, trabajadores con alto riesgo epidemiológico—, con criterios de vulnerabilidad social relativos a condiciones sociales, económicas y de vivienda-hábitat.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, A. *et al.* (2014). Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 52(2), pp. 239-262.
- Anaya, B. y García, A. (2018). *Dinámica de gastos básicos en Cuba. Un acercamiento investigativo al monto y la estructura de gastos de familias urbanas dependientes de salarios y pensiones*. La Habana: Fondos CEEC.
- Aquino-Canchari, C. *et al.* (2020). *COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables*. Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3341/2580>
- Busso, G. (2001) Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. *Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.
- Cecchini, S. *et al.* (Eds.) (2015). *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2014). *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012*. La Habana: ONEI.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). Informe especial COVID-19, No. 3. *El desafío social en tiempos del COVID-19*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). *Propuesta de agenda regional de desarrollo social inclusivo*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44808-propuesta-agenda-regional-desarrollo-social-inclusivo>
- Cuba Data (2020). COVID-19. Recuperado de <http://covid19cubadata.uh.cu>.
- Creswell, J. (2009). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*.
- Díaz, D. (2020). Desigualdades etarias e interseccionalidad. Análisis del contexto cubano

- 2008-2018. En: colección *Tensión y complicidad entre desigualdades y políticas sociales. Análisis interseccional del contexto cubano 2008-2018*. La Habana: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Programa-Cuba) y Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.
- Domínguez, M. I. (2020). Cuba ante la pandemia de la COVID-19. *Pensar la pandemia. Observatorio social del coronavirus*. Recuperado de <https://www.clacso.org/cuba-ante-la-pandemia-del-covid-19/>
- Frenz, P. (2005) Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública*, 9 (2), pp. 103- 110.
- Guzmán, J.M. (2002) Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. *Serie Población y Desarrollo*, No. 28. Santiago de Chile: CELADE-División de Población de la CEPAL.
- Huenchuan, S. y Guzmán, J.M. (2006). *Seguridad económica y pobreza en la vejez: Tensiones, expresiones y desafíos para políticas*. Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Íñiguez, L. et al. (2017). *Atlas de la infancia y la adolescencia en Cuba Análisis a partir del Censo de Población y Viviendas 2012*. La Habana: Universidad de La Habana.
- Juárez-Ramírez C. et al. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35 (4), pp. 284-90.
- Katzman, R. (Coord.) (1999). *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. Documento preparado por la Oficina de CEPAL en Montevideo, en el marco del proyecto “Apoyo a la implementación del Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social”.
- Lancet T. (2020). Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet*, 395, p. 1089. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- pmc/articles/PMC7270489/pdf/main.pdf
- Lavell, A. et al. (2020). *La construcción social de la pandemia COVID-19: desastre, acumulación de riesgos y políticas públicas*. Red de Estudios Sociales sobre Prevención de Desastres en América Latina. Recuperado de www.desenredando.org
- Martínez Franzoni, J. y Sánchez-Ancochea, D. (2019). *La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas*. San José: Editorial UCR.
- Minujin, A. (1992). Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. En *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*. Bogotá: UNICEF; Santillana.
- MTSS (2020). Información sobre prestaciones de la asistencia social. La Habana: MTSS.
- Núñez, I. (2019). *Vulnerabilidad social en la niñez y la adolescencia. Alternativas desde los espacios educativos y comunitarios*. (Tesis en opción al título académico de Máster en Desarrollo Social). La Habana: FLACSO-Cuba, Universidad de La Habana.
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2020). *Cuba: dinámica demográfica. Impacto de los factores demográficos en la pandemia COVID-19*. Documento de trabajo. La Habana: ONEI.
- Partido Comunista de Cuba (PCC) (2017). *Documentos del 7mo. Congreso del Partido aprobados por el III Pleno del Comité Central del PCC el 18 de mayo de 2017 y respaldados por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 1 de junio de 2017 (I)*. Recuperado de <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/%C3%BAultimo%20PDF%2032.pdf>
- Pérez, N. (2020). Distribución de la población vulnerable a la enfermedad COVID-19 en La Habana, Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 57, p. e371.
- Rodríguez, J. L. y Odriozola, S. (2020). *Impactos económicos y sociales de la COVID-19 en Cuba: Opciones de políticas*. En colaboración con el equipo de PNUD y la Oficina Coordinadora Residente (OCR) en Cuba. La Habana.

Zabala, M. del C. *et al.* (2015). *Retos a la equidad social en el proceso de actualización del modelo económico cubano*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Las personas mayores de República Dominicana ante la COVID-19

María Fernanda Ortega Marte

Licenciada en Psicología Clínica. Graduada de la maestría en Administración de Empresas y del diplomado en Políticas Públicas y Envejecimiento, del Instituto Internacional de Envejecimiento de la ONU, en Malta. Cuenta con más de 10 años liderando proyectos sobre vejez y envejecimiento a través de la Fundación NTD. Actualmente se desempeña como directora ejecutiva de la Fundación Alivia Diabetes.

Introducción

La República Dominicana está envejeciendo aceleradamente. Hoy las personas mayores de 60 años¹ representan aproximadamente el 11% de la población del país y se espera que esta cifra se duplique con miras al 2050 (ONE, 2014). Las personas adultas mayores son el grupo poblacional de mayor crecimiento y uno de los más desatendidos en cuanto a políticas públicas se refiere.

En este proceso de envejecimiento, nuestro país se encuentra en plena transición demográfica (envejecimiento moderado), la cual culminaría dentro de unos 10 años, convirtiéndonos en una sociedad envejecida. Para el 2040, República Dominicana verá el fin del bono demográfico actual². Estos cambios en nuestra pirámide

1 En nuestro país, según la ley 352-98 sobre protección a la persona envejeciente, se considera persona adulta mayor a aquella con 65 años o más. Sin embargo, para los fines de este artículo, consideraremos “personas mayores” a aquellas que tengan 60 años o más, que es el parámetro más comúnmente utilizado a nivel mundial.

2 El bono demográfico ocurre cuando en una población determinada hay menos de 66 dependientes por cada 100 personas activas.

poblacional tienen su origen, principalmente, en el aumento de la expectativa de vida y los descensos en las tasas de natalidad y mortalidad de la población. Debido a esto, hoy tenemos más personas adultas mayores que niños y niñas menores de 5 años.

Ante el crecimiento de la población adulta mayor, es preciso revisar qué respuesta le estamos dando al envejecimiento desde la óptica demográfica, doméstica e individual. Este tema se estudió a fondo en la investigación *Misión Dominicana envejece*, de la Fundación NTD, Fundación Saldarriaga Concha y el Instituto Internacional de Envejecimiento de las Naciones Unidas y Malta. Este estudio fue publicado en el 2018 y, por su amplitud y profundidad, es una de las fuentes principales de este artículo.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que podemos ver como un reto o sentarnos a esperar a que este desafío se convierta en calamidad. Por ello estudiar a fondo las necesidades de las personas mayores y poner en ejecución las leyes que protegen sus derechos es un paso primordial para enfrentar este reto con éxito.

Dado el envejecimiento de nuestra población, dejar a las personas mayores atrás no es sostenible. A pesar de ser un grupo vulnerable, realiza incontables aportes a la sociedad, sin mencionar su contribución a nuestro pasado. Diversos estudios dan fe de la efectividad de promover un envejecimiento activo que promueva la inclusión de las personas mayores y les aporte las condiciones necesarias para continuar su desarrollo, sin importar la edad. Asimismo, es vital reconocer las diferencias dentro de este grupo poblacional, tanto en edad como en género, su lugar de residencia (rural o urbano) o condición socioeconómica. Estas diferencias son las que determinan los niveles de vulnerabilidad de las personas

mayores y su capacidad de respuesta ante emergencias, como la suscitada con la pandemia actual.

La COVID-19 llegó a nuestro país oficialmente el 22 de febrero de 2020, de la mano de un adulto mayor con 62 años. Esto inició el curso de una enfermedad que 6 meses después había afectado unas 95 mil personas y causado unos 1 500 fallecimientos. A nivel global, entre el 40 y 80% de las muertes correspondían a personas mayores (OMS, 2020). Por ello la voz de alarma se dio de inmediato: ¿aislamiento de las personas mayores... y ya?

Obviamente eso no fue suficiente, pues las personas mayores fallecidas siguieron en aumento y constituyeron el grupo poblacional más afectado de este proceso, aún sin haber sido contagiados. El abandono, el aislamiento, la restricción de servicios, entre otros cambios obligados, incrementaron enormemente la vulnerabilidad de las personas mayores de todo el mundo. La COVID-19 puso de manifiesto la precaria condición de salud de este grupo poblacional y de un sistema de salud que no responde a sus necesidades.

Si aceptamos que la vejez es el verdadero futuro de todos y todas, se hace imprescindible entonces revisar y fortalecer lo que hemos hecho contra la COVID-19 para que podamos disminuir el impacto de emergencias futuras. Es vital prepararnos para atender las necesidades de una mayoría envejeciente que requerirá mejores opciones y oportunidades que no incrementen su grado de vulnerabilidad ni atenten contra sus derechos más básicos, como el acceso a la salud.

En este artículo describiremos la situación de las personas mayores en el país antes de la pandemia, desde los ámbitos de la salud, la educación, los ingresos, el cuidado y de las personas mayores inmigrantes. De allí analizaremos el impacto de la COVID-19 en esta población y las medidas implementadas para

enfrentar la situación. Culminaremos con las recomendaciones para fortalecer lo realizado y disminuir el impacto de la enfermedad en nuestra población adulta mayor.

Caracterización de las personas mayores en República Dominicana

¿Qué pasa con su salud?

Las personas mayores en República Dominicana cada vez gozan de una mayor expectativa de vida. Al llegar a los 60 años, los hombres tienen una expectativa de vida de 81 años y las mujeres de 84 años (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018). Irónicamente, con este aumento disminuye su calidad de vida. A medida que las personas van envejeciendo, se incrementa la prevalencia de enfermedades y/o discapacidades, las cuales llegan casi a duplicarse cuando el individuo arriba a los 70 años.

Para hacer frente a sus necesidades de salud, las personas mayores pueden afiliarse al Seguro Familiar de Salud, en sus diferentes modalidades: el régimen contributivo o el régimen subsidiado. El primero es financiado por los trabajadores y sus empleadores (incluyendo al Estado cuando son empleados públicos) y el segundo es financiando enteramente por el Estado. En agosto del 2020, según datos de las Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL), 1 171 079 personas mayores de 60 años se encontraban afiliadas al Seguro Familiar de Salud. Esta cifra representa una cobertura de un 103% de la población adulta mayor del país, estimada por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).

Si bien la inclusión de las personas mayores al Seguro Familiar de Salud ha ido en aumento, el servicio recibido carece de calidad, debido al escaso financiamiento de este sector por parte

del Estado. Del universo de afiliados al Seguro Familiar de Salud, un 51% está registrado en el régimen contributivo y el 49% en el subsidiado. Estas cifras, muy similares entre sí, no guardan relación con los montos dispersados por el Sistema de Salud para cada uno de los regímenes. Para agosto del 2020, del total de fondos dispersados por el sistema, un 84% de los recursos fueron al régimen contributivo y solo el 16% al régimen subsidiado, al que pertenecen la gran mayoría de las personas mayores. De la población adulta mayor afiliada, un 31% se encuentra afiliada al régimen contributivo y un 69% en el régimen subsidiado, lo que indica que la mayoría de las personas mayores dominicanas cuentan con el seguro de salud que les provee el Estado. No obstante, vale destacar que la población mayor solo representa un 20% de la población afiliada al régimen subsidiado.

Esta amplia brecha en los recursos destinados a cada régimen son un indicador de la calidad de estos servicios. Para las personas mayores, asistir a una consulta médica sin poder acceder a los estudios o los tratamientos requeridos, se convierte más en un problema que en una solución parcial, pues además de recibir un servicio deficitario, tienen que correr con un alto gasto de bolsillo. Lamentablemente este gasto es más alto en los hogares más pobres, donde representa el 9,1% de los ingresos del hogar, mientras que para los hogares más ricos es de un 4,1% (ENDESA, 2013). Esto deja como resultado un proceso de envejecimiento precario que incrementa la probabilidad de adquirir más enfermedades sin un cuidado adecuado.

Al analizar el perfil epidemiológico de ese grupo poblacional, resalta la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión o la diabetes, un factor de riesgo importante para el desarrollo de complicaciones de la COVID-19. Las personas mayores tienen las tasas más altas de prevalencia de estas enfermedades: 62,5% de las personas mayores de 60 *versus* 12,1% en

personas de 0 a 59 años. La brecha de género en la prevalencia de estas enfermedades (presente en todas las edades) se recruce con la edad, en tanto la mujer adulta mayor enfrenta una prevalencia de estas enfermedades de un 74,8%, mientras que en los hombres es de 49,2% (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018).

Aunque la mujer adulta mayor tiene una expectativa de vida más extensa que el hombre mayor, su condición de salud está más deteriorada. Los indicadores demuestran una mayor carga de morbilidad para la mujer en todas las enfermedades analizadas. Asimismo, al analizar las principales causas de muerte de las personas mayores en el 2012, hubo más muertes femeninas que masculinas por estas causas, reflejo de esa mayor carga de morbilidad que afecta a la mujer dominicana.

¿Con qué educación formal cuentan las personas mayores?

Existe una relación entre el nivel de ingresos y el nivel educativo alcanzado por las personas. La carencia de educación formal limita las oportunidades laborales de las personas a cualquier edad. En el caso de las personas mayores, afecta además el grado de inclusión social e incrementa la necesidad de cuidado a edades más tempranas.

Las personas mayores tienen la tasa más alta de analfabetismo en República Dominicana, además de los menores porcentajes de educación alcanzados. Según datos de ENHOGAR (2018), la tasa de analfabetismo para personas mayores de 15 años ronda el 8% de la población. En el grupo de las personas mayores de 60 años, este número se eleva a un 20%.

Mirando los números de esta población por sexo, encontramos a la mujer adulta mayor con más elevados niveles de analfabetismo, con casi 5 puntos porcentuales por encima del hombre (Fundación

NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018). Esto, sumado a una mayor expectativa de vida y menor calidad de salud, incrementa sus niveles de dependencia y vulnerabilidad.

En cuanto a la educación formal, para el 2015 el 63% de las personas mayores solo había cursado de 0 a 5 años de educación, lo que indica que más de la mitad de las personas mayores de hoy no completaron el nivel básico de educación. En cuanto a la educación superior, apenas un 14% de la población mayor de 60 años había accedido a este nivel. Esto indica que la mayoría de esta población solo pudo acceder a trabajos poco calificados y con ello ven limitada su capacidad de preparación para la vejez.

¿De qué viven las personas mayores?

Actualmente menos del 14% de las personas mayores tiene una pensión y la mayoría de quienes la poseen pertenecen a los estratos socioeconómicos más altos. En consecuencia, las personas mayores dependen de los recursos que puedan generar o del apoyo familiar para su subsistencia.

Sobre la evolución de las pensiones, los autores de la investigación *Misión Dominicana envejece* expresan:

En términos de cobertura diferencial por grupo poblacional, según estatus de pobreza, los análisis permiten observar que en 2014 solo 2,9% del adulto mayor en condición de pobreza extrema y el 6% del adulto mayor en condición de pobreza moderada, se encuentran cubiertos por alguna pensión. El 17% del adulto mayor no pobre está cubierto por alguna pensión. Estos diferenciales por pobreza eran menores en 2000: 12,4% de los no pobres y 5% de los pobres extremos tenían cobertura pensional, es decir, la brecha por nivel de pobreza

en cobertura pensional ha aumentado en los últimos 15 años (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018, p. 241).

Las personas mayores, por defecto, son el grupo poblacional con menor participación económica (Tabla 1). Ante una tasa promedio nacional de 64%, solo el 36% de la población mayor esta activa económicamente. En el caso de la mujer, nuevamente los indicadores demuestran mayores niveles de vulnerabilidad al descender esta tasa a un 20%, 34 puntos porcentuales menos que los hombres. Otro dato importante que reafirma dicha vulnerabilidad se refleja en el porcentaje de personas con ingreso propio. Al analizar la población adulta mayor masculina, solo el 8,9% no posee ingresos propios. En cambio, en las mujeres, este porcentaje aumenta a 14,4% (CEPAL, 2018).

Tabla 1. Tasa de participación de la población en la actividad económica, por sexo y grupos de edad, 2018

| Sexo | Total (15 años y más) | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-59 | 60 y más |
|-------------|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| Ambos sexos | 64,0 | 45,6 | 81,2 | 84,6 | 75,8 | 36,0 |
| Hombres | 78,4 | 57,2 | 95,2 | 95,8 | 92,6 | 54,4 |
| Mujeres | 50,6 | 33,6 | 67,8 | 73,8 | 60,6 | 20,2 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la CEPAL.

La falta de ingresos propios obliga a las personas mayores a sostenerse de otras fuentes, como los ingresos provenientes de ayuda familiar. El 34,8% de ellas reciben ingresos solo de sus familiares. Este dato, a la luz de la crisis económica generada por la COVID-19, genera mucha preocupación sobre la situación económica de estos grupos, dependientes quizás de personas suspendidas de sus trabajos o con salarios reducidos por la pandemia.

Como apoyo del Estado, las personas mayores pueden aplicar a subsidios estatales que son obtenidos a consideración del Estado, basado en los criterios nacionales de medición de pobreza. Estos subsidios son: Bonoluz (de RD\$4,44/ US\$0,7 a RD\$444/ US\$7,58³) para el pago del servicio eléctrico, Bonogas (RD\$228 / US\$3,9) para la compra de gas licuado de petróleo para cocinar y el Programa de Protección a Envejecientes (RD\$400 / US\$6,82) destinado a los hogares donde habitan personas mayores que no trabajan ni reciben pensión. En septiembre de 2020, unas 83 000 personas mayores estaban recibiendo el subsidio para envejecientes a través del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). Los demás bonos pueden ser recibidos por el/la jefe/a de familia. Del subsidio para envejeciente, un 69% recae en manos femeninas. Esto guarda relación con el hecho de que, en la distribución de las pensiones existentes, las mujeres mayores tienen la menor partida. Solo un 10,5% de ellas poseen pensión, frente a un 18,5% de los hombres.

¿Cuál es la situación del cuidado en la tercera edad?

Si bien el Estado tiene una responsabilidad constitucional sobre el cuidado y la protección de las personas mayores, socialmente esta responsabilidad recae sobre Dios o la familia (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018). La participación del Estado en el cuidado de las personas mayores es mínima, lo cual obliga a resolver esta necesidad con acuerdos entre familiares o contrataciones de servicios privados. Esto genera dos consecuencias: la sobrecarga de un miembro de la familia responsable del cuidado (generalmente del sexo femenino) o un cuidado no profesional que puede llevar a situaciones de negligencia que comprometan el bienestar de la persona mayor. Los servicios privados debidamente capacitados son escasos y costosos para la mayoría de la población dominicana.

Si bien tenemos algunas iniciativas jurídicas e institucionales, en la práctica el impacto de estas es mínimo y pasa desapercibido para la sociedad. La ley 352-98 de protección al envejeciente otorga derechos a las personas mayores pero la mayoría no se cumple, por falta de voluntad política o desconocimiento de los interesados. Pero, ¿cuál es la necesidad de cuidado de las personas mayores de República Dominicana? Comencemos revisando la composición de los hogares dominicanos.

Se estima que en un 23% de los hogares viven solo personas mayores y, en el 65% de estos, habita una persona mayor sola. Esto demuestra un cambio en la idea generalizada de que las personas mayores envejecen con sus familiares. De hecho, en un 22,2% de los hogares dominicanos la jefatura recae en una persona mayor, lo que refleja que este grupo poblacional aún cumple un rol importante en casi una cuarta parte de los hogares dominicanos.

Otro dato que nos revela la magnitud de la necesidad de cuidados de la población mayor de nuestro país es la prevalencia de discapacidades, que en esta población alcanza su mayor porcentaje. Para el 2013, en un 13% de los hogares con personas mayores, al menos una persona mayor tenía algún tipo de discapacidad (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018). Esto complejiza aún más las necesidades de cuidado y hace a la persona mayor más vulnerable a negligencias o maltratos por parte de los cuidadores o sus familiares, lo cual puede generar aún más limitantes. Entre las discapacidades más comunes resaltan la dificultad para movilizarse (46%), la ceguera parcial (39%) y la sordera parcial (23%).

Ante esta necesidad, la respuesta estatal se resume en un trabajo a baja escala a través de una red de hogares permanentes y estancias diurnas que acogen a unas 4 000 personas mayores a nivel nacional. Estos centros funcionan con muy bajo presupuesto, lo cual

les obliga a restringir sus servicios a pesar de la alta demanda. Como los cuidados a largo plazo no están incluidos en nuestra seguridad social, solo las personas de altos ingresos pueden costear servicios privados; el resto tiene que hacer arreglos familiares que no cuentan con orientación o capacitación formal para estos fines.

Las personas mayores inmigrantes

Las personas mayores inmigrantes presentan condiciones de vulnerabilidad aún más altas que sus pares dominicanos, y estas inician desde su estatus migratorio. Cerca del 40% de la población mayor migrante no posee documentación dominicana, lo cual limita sus derechos, muchos de los cuales no son reconocidos por la población dominicana ni el Estado (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018). En las zonas rurales, esta cifra se incrementa a un 65%. Sobre la situación legal de las personas mayores inmigrantes, en la *Misión Dominicana envejece* se expresa:

Si bien el Decreto 327 de 2013 (conocido como el Plan Nacional de Regularización de Extranjeros o PNR) reconoce un tratamiento diferenciado y preferente para los extranjeros que se encuentran en condición de vulnerabilidad, no existe un conjunto normativo nacional o internacional que regule de manera sistemática e integral la situación de las personas mayores en condición irregular de inmigración. Esto supone una precaria protección que se agrava ante la ausencia de normas específicas que ofrezcan garantías concretas a este grupo poblacional, y depende, en buena medida, de la interpretación sistemática de una legislación dispersa (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018, p. 276).

Ante esta incertidumbre, la mayoría de las personas mayores sin documentación no saben cómo proceder para legalizarse y

prefieren quedarse en el anonimato para evitar consecuencias peores, como la deportación. Muchas de ellas ya no tienen redes de apoyo en sus países de origen, por lo cual irse no es una opción.

Para el 2012, las personas mayores inmigrantes representaban el 4,1% del total de personas mayores, una población mayoritariamente masculina (62%). De estas, el 76,5% declaró saber leer y escribir, unos 10 puntos porcentuales menos que las personas mayores nativas (Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha, 2018).

A pesar de tener mayores tasas de analfabetismo, la población inmigrante tiene niveles más altos de ocupación que la población nacida en el país. Ante la falta de redes de apoyo, trabajos mal remunerados y en su mayoría informales, es preciso seguir trabajando sin importar la edad, para poder generar ingresos para su sustento.

Otra dificultad que enfrentan las personas mayores inmigrantes es el idioma. Solo el 36% reveló hablar español correctamente en el 2012. Esto reduce aún más el acceso a mejores oportunidades laborales o incluso limita aspectos tan básicos como recibir atención médica. Esto se recrudece con la poca cobertura de la seguridad social para este grupo poblacional: apenas un 47% de las personas mayores inmigrantes contaban con alguna cobertura en el 2012, lo cual indica que la mayoría de esta población depende de los servicios públicos que ofrece el Estado, los cuales, como vimos en el apartado sobre salud, reciben fondos muy precarios.

La COVID-19 y su impacto en la población adulta mayor de República Dominicana

Impacto cuantitativo

En septiembre de 2020 había un acumulado 16 349 personas mayores contagiadas, el equivalente a 15% de las personas afectadas a nivel nacional. Al analizar la población contagiada por grupos de edad, encontramos cifras de contagio muy similares, exceptuando los grupos de 0 a 9 y 10 a 19 años, donde se contagió el 0,2% y 0,3% de la población, respectivamente. Para el resto de los grupos decenales, la cifra promedio fue del 1,5% de sus respectivos grupos poblacionales. Con ello se infiere que el riesgo de contagio no está relacionado con la edad.

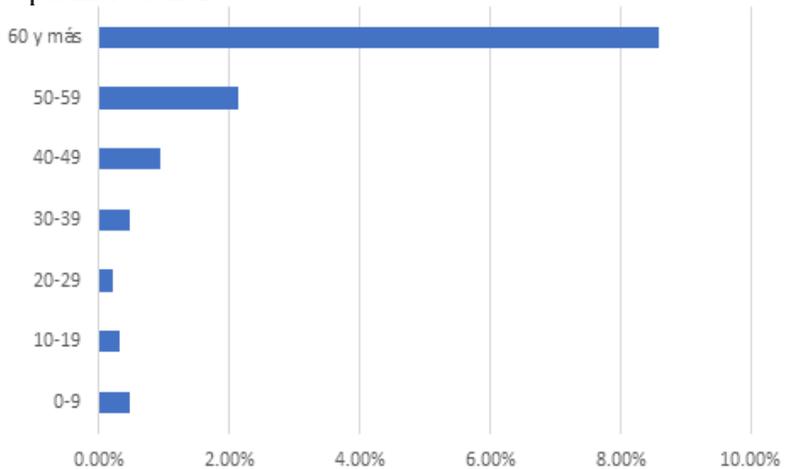
Al ver la tasa de letalidad por grupo etario (Gráfico 1) encontramos que, para el grupo de las personas mayores, esta representaba un 8,58%. Comparado con la tasa de letalidad nacional que estaba en 1,87%, el riesgo de fallecer por la COVID-19 en personas mayores se incrementa 6,71 puntos porcentuales más.

Dentro del grupo de las personas mayores contagiadas, tanto hombres como mujeres comparten cifras parecidas en cuanto a los niveles de contagio: 53% y 47%, respectivamente. Sin embargo, la tasa de letalidad para los hombres fue mucho mayor que en las mujeres: estos alcanzaron un 10,5% mientras que para ellas llegó al 6,4%.

Esto llama la atención, considerando que la mujer tiene una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. En el grupo de personas mayores fallecidas, las mujeres tenían mayor porcentaje de comorbilidad debido a hipertensión (47%) y diabetes (30%), las más comunes de las enfermedades reportadas (Tabla 2). Los hombres mayores fallecidos presentaron comorbilidad de un 39% de hiperten-

sión y un 22% de diabetes. No obstante, se desconoce la comorbilidad de más de un tercio de las personas mayores fallecidas.

Gráfico 1. Tasa de letalidad de la COVID-19 por grupos de edad en septiembre de 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Salud Pública, 2020.

Tabla 2. Personas mayores contagiadas por COVID-19, tasa de letalidad y comorbilidad presente en las personas fallecidas, septiembre de 2020

| Sexo | Porcentaje de personas contagiadas | Tasa de letalidad | Comorbilidad de los fallecidos | |
|---------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------|----------|
| | | | Hipertensión | Diabetes |
| Mujer | 47% | 6% | 47% | 30% |
| Hombres | 53% | 11% | 39% | 22% |
| Total | 100% | 8,58% | 42% | 25% |

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Salud Pública, 2020.

En lo referente al mercado laboral, la pandemia ha afectado la economía de las personas mayores. Según datos de la Superintendencia de Pensiones, el empleo formal de personas mayores se

ha reducido un 12,3% de marzo a septiembre de 2020. En cuanto al sector informal, la paralización de la economía vivida durante los primeros meses de la pandemia dejó en desamparo a más de la mitad de la población dominicana ocupada. En el caso de las personas mayores, el cuadro empeora, pues se estima que el 66,9% de las personas mayores ocupadas trabajan en el sector informal, el cual se caracteriza por trabajos poco remunerados, sin protección social y de baja productividad.

Impacto cualitativo

De acuerdo con experiencias compartidas con expertos en el área de cuidados a las personas mayores, la pandemia ha dejado grandes secuelas psicológicas y motoras en este segmento poblacional, debido principalmente al aislamiento y la poca movilización dentro de los hogares.

Por temor al contagio, los arreglos del cuidado (profesional o familiar) tuvieron que ser alterados, lo cual dejó a las personas mayores sin las atenciones habituales. La situación es aún más crítica para aquellos individuos que padecen demencias, pues el aislamiento produce un aceleramiento de su deterioro mental y físico.

En los centros de salud el edadismo alcanzó dimensiones sin precedentes, pues ante la escasez de equipamiento para atender los casos, el personal médico “priorizaba” los casos que debían ser atendidos en función de la probabilidad de vida. Debido a esto, Naciones Unidas (ONU) publicó un resumen de política sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores. Este hace referencia a los abusos suscitados alrededor del mundo en contra de este grupo vulnerable:

Menos visibles, pero no menos preocupantes, son los efectos más amplios: atención médica denegada por afecciones no relacionadas con COVID-19; negligencia y abuso en instituciones y centros de atención; un aumento de la pobreza y el desempleo; el impacto dramático en el bienestar y la salud mental; y el trauma del estigma y la discriminación (ONU, 2020, p. 2).

Asimismo, este resumen de política reconoce el rol de la mujer como cuidadora de las personas mayores (con paga o sin esta), así como el hecho de que la mujer representa el mayor grupo dentro de este grupo poblacional. Esto es muy importante a la hora de enfrentar la violencia contra los adultos mayores. En este sentido los expertos también estiman que, con los períodos de cuarentena obligatorio, se incrementaron los niveles de violencia, cuyos perpetradores son, en su mayoría, sus familiares o cuidadores más cercanos.

En lo referente a las personas mayores institucionalizadas, surgieron varios brotes en diferentes centros públicos de cuidado permanente, los cuales fueron intervenidos por las autoridades competentes. Aunque se controlaron, provocaron varias muertes y dejaron a una población doblemente aislada y con gran temor al contagio. Debido a esta situación, muchos de estos centros sufrieron bajas de personal, que limitaban aún más sus capacidades para brindar el servicio adecuado a las personas mayores.

Por otro lado, quienes permanecieron en sus hogares vieron reducida su movilidad, la cual a simple vista puede parecer inofensiva para los afectados. Sin embargo, en las personas mayores la falta de movilidad hace estragos en múltiples sistemas del cuerpo humano, como el respiratorio, el nervioso, el urinario, además de que genera cambios en el metabolismo, los músculos y los huesos.

Medidas de apoyo a la población adulta mayor para enfrentar la COVID-19

A continuación, describimos brevemente las acciones que se llevaron a cabo desde el sector público o privado para proteger a la población en general y, dentro de ella, a la población mayor.

- *Horas reservadas en el comercio.* Una vez que se decretó el toque de queda, desde el sector privado surgió la idea de designar un horario especial de servicio a las personas mayores o en alto riesgo. Esto se aplicó en los comercios considerados de interés nacional, como supermercados y farmacias. Allí las personas mayores contaban con un horario exclusivo para ellos, generalmente la primera hora de la mañana.
- *Ayuda psicológica a distancia.* Diversas organizaciones (públicas y privadas) ofrecieron gratuitamente servicios de acompañamiento psicológico a distancia; otras brindaron opciones para la relajación y el entretenimiento en las redes sociales, así como *webinars* especializados en temas referentes a la población adulta mayor. Sin embargo, el analfabetismo digital de muchas personas mayores, así como el limitado acceso a Internet limitaron el aprovechamiento de estos recursos.
- *Creación de protocolos para centros de cuidado de personas mayores.* El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicó en marzo de 2020 unas directrices para el manejo de los “hogares de adultos mayores”, con el objetivo de prevenir y/o controlar la enfermedad de la COVID-19 en estas instituciones. Asimismo, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente publicó un comunicado donde daba a conocer una serie de medidas tomadas para proteger a las personas mayores. Sin

embargo, la mayoría de ellas estaba destinada a la población de los centros de cuidado o a su propio personal de trabajo.

- *Programa Quédate en Casa*: Este programa de subsidios temporales provee a los jefes de hogar un monto de RD\$5000 pesos (USD\$85,32) mensuales para la adquisición de alimentos y bebidas no alcohólicas. En caso de tener personas mayores en casa, este monto asciende a RD\$7000 pesos (USD\$119,45). Los criterios para ser aceptado en este subsidio aún no están claros, pero principalmente están dirigidos a la población de los estratos socioeconómicos más bajos que ya recibían el subsidio Comer es Primero. En caso de no haber sido evaluada por el gobierno, las personas mayores deben acercarse a las oficinas de la institución estatal responsable. Esto representa un reto para la población mayor de escasos recursos que no tiene acceso a los medios de comunicación para recibir la información pertinente.

- *Fondo de Asistencia Solidaria al Empleado (FASE)*: Otro programa de subsidio enfocado solo a la clase trabajadora del sector formal, cuyo objetivo principal es motivar a los empleadores a continuar con la contratación de sus empleados. Este programa tiene dos modalidades:

FASE 1: Subvención para los trabajadores cuyas empresas:

1. Se encuentran cotizando por sus trabajadores a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).
2. Han cerrado sus operaciones por la menor actividad económica, debido a las medidas de distanciamiento social ordenadas para evitar la propagación de la COVID-19.

FASE 2: Subvención para los trabajadores de empresas manufactureras y micro, medianas y pequeñas empresas (MIPYMES) que continúen operando.

Para la FASE 1 el gobierno hace un aporte que va de un mínimo de RD\$5 000 (USD\$85,32) a un máximo de RD\$8 500 (USD\$145,05), depositados directamente al empleado. Por su parte el empleador tiene la opción de decidir si completa o no el salario faltante. Este monto cubría apenas un 56% de la canasta básica del quintil más bajo, valorada en RD\$15 109,69 (USD\$257,83) para el mes de septiembre de 2020, según datos del Banco Central.

En cuanto a la FASE 2, los empleados reciben del gobierno un subsidio de RD\$5 000 (USD\$85,32) mientras que los empleadores deben obligatoriamente completar el salario restante y no haber suspendido un solo empleado de su nómina.

En ambos programas el aspecto más relevante que deben mejorar es el acceso. Catorce tipos de empresas fueron excluidas por el gobierno, aun cuando, a pesar de ser esenciales, muchas se vieron obligadas a disminuir operaciones por la situación económica. Además, la única forma de acceder a este subsidio es si el empleador lo solicita, con lo cual los empleados están a merced de que su empleador quiera hacer la gestión, después de haber suspendido o incluso cerrado las operaciones.

- *Programa de Asistencia al Trabajador Independiente (Pa' Ti)*: Está diseñado para disminuir el impacto económico producido por la pandemia en el sector de los trabajadores independientes. Aquellas personas que reúnen los criterios establecidos por el gobierno, reciben un subsidio de RD\$5 000.00 (USD\$85,32). El programa tiene la particularidad de que

la persona no puede aplicar a ellos, es el gobierno quien lo asigna, según los siguientes criterios:

- Tener un préstamo registrado en febrero de 2020 como trabajador independiente, en una entidad bancaria.
- No ser cotizante de la Seguridad Social.
- No ser beneficiario del programa Quédate en Casa.
- No ser clasificado como empresa grande.
- No haber pagado impuestos mayores a RD\$150 000.

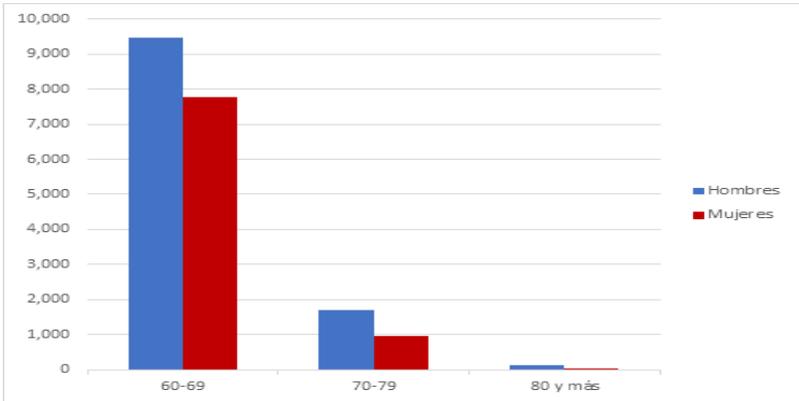
Este programa obviamente está enfocado en los dueños de negocio, por lo cual las personas empleadas no aplican como trabajadores independientes o no están reconocidos como tal en el sistema bancario. En cuanto al requisito del préstamo, si bien ninguna institución bancaria tiene límite de edad como requisito explícito para obtener préstamos, las personas mayores enfrentan dificultades para acceder a estos, y si logran hacerlo, reciben préstamos con montos limitados.

Según datos del Ministerio de Hacienda (2020), en octubre de 2020, un total de 190 194 trabajadores independientes habían sido beneficiados por este subsidio. Del total, el 11% eran beneficiarias mayores de 60 años. De ellos específicamente el grupo de 60-69 años era quienes acaparaban la mayoría y representaban el 86% de las personas mayores beneficiadas.

Con la edad aumenta considerablemente la brecha de género entre las personas beneficiarias (Gráfico 2). Entre los 18 y 59 años la proporción de beneficiarios por sexo es 50/50 para hombres y

mujeres. A partir de los 60 años, este porcentaje cambia a 55% para los hombres y 45% para las mujeres. Al arribar a los 80, las cifras dan un salto de 18 puntos más de diferencia, colocando a los hombres con un 73% y a las mujeres con apenas un 27% de los subsidios recibidos.

Gráfico 2. Personas mayores beneficiarias del programa Pa' Ti, por sexo y grupo de edad, octubre de 2020



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Hacienda, 2020.

Recomendaciones

En su resumen de política sobre la COVID-19 y personas mayores, la ONU (2020) realiza recomendaciones a los gobiernos sobre cuatro prioridades de acción. Estas son:

1. *Asegurar que las decisiones de difícil atención de la salud que afectan a las personas mayores estén guiadas por el compromiso con la dignidad y el derecho a la salud.* En otras palabras, que el edadismo no interfiera en las decisiones ni en la atención del equipo médico. Es preciso capacitar al personal de salud sobre estos temas para evitar que tomen decisiones sobre la vida de las

personas basados en el criterio de la edad, lo cual afecta sus posibilidades de sobrevivencia.

2. *Fortalecer la inclusión social y la solidaridad durante el distanciamiento físico.* Esto es, fomentar el apoyo hacia las personas mayores que, siendo las de mayor riesgo, necesitan de nuestro apoyo para las labores cotidianas. Asimismo, se trata de ofrecer alternativas viables al distanciamiento, por ejemplo: visitar a los familiares que ya superaron el virus o motivar a los adultos mayores a salir a caminar en las horas de menor flujo de personas.
3. *Integrar plenamente la atención a las personas de edad en la respuesta socioeconómica y humanitaria contra la COVID-19.* A pesar de que la población mayor fue la más afectada por la enfermedad, no existe ningún plan específicamente diseñado para esta población ni para sus cuidadores. En coordinación con el CONAPE, los organismos estatales deben integrar a las personas mayores a sus planes y desarrollar acciones tendentes a facilitar el acceso a estos servicios. Asimismo, la ONU hace el llamado a atacar las causas estructurales que han producido los efectos devastadores de esta enfermedad en las personas mayores, en las cuales son primordiales la atención de salud con calidad, el acceso a pensiones y el recibimiento de un cuidado que atienda sus necesidades.
4. *Ampliar la participación de las personas de edad, compartir las buenas prácticas y aprovechar los conocimientos y los datos existentes.* Esto implica ver a las personas mayores como poseedoras de derechos e integrarlos a las decisiones que les afectan. Para ello es vital que dejemos de invi-

sibilizarlos en las estadísticas y que podamos distinguir las diferencias entre los subgrupos de edad. Las personas mayores tienen mucho que aportar con sus experiencias y conocimientos acumulados. ¡Aprovechémoslos!

Otras recomendaciones de la ONU (2020) más específicas y que se aplican muy bien a las debilidades presentadas en la respuesta contra la COVID-19, son las siguientes:

- Asegurar que las personas mayores puedan seguir accediendo a los servicios de salud continuamente, como su consulta con el geriatra o con cualquier otro especialista.
- Fortalecer el monitoreo y reporte de casos en los centros de cuidado permanente, tanto públicos como privados.
- Fortalecer los servicios de prevención de la violencia contra las personas mayores. Nuestro país no cuenta con casas de acogida para las personas mayores abusadas, lo cual es necesario para preservar la seguridad de los denunciantes en muchos casos.
- Desarrollar estrategias para que las personas mayores inmigrantes puedan acceder a los servicios de salud, de manera segura.
- Asegurar que los contenidos de los materiales de promoción y prevención de la enfermedad estén adaptados a las capacidades sensoriales de las personas mayores.
- Facilitar el acceso a Internet y al servicio de telefonía móvil de las personas mayores con escasa movilidad, para que puedan sobrellevar el aislamiento y recibir apoyo por esas vías.

- Incluir a las personas mayores en las iniciativas de recuperación económica del gobierno, desarrollando productos como microcréditos o capacitaciones para que puedan emprender o reactivar su negocio.

Sobre la base de las experiencias recogidas y el análisis de los programas ofrecidos localmente, podemos agregar las siguientes ideas:

- *Ofrecer soluciones centradas en el individuo.* Las realidades de las personas mayores son diferentes, no hay una solución que sirva para todos y todas. Las necesidades de una persona de 65 años no son las mismas que las de una de 80, y los niveles de riesgo tampoco son idénticos. Las autoridades, con el apoyo de los expertos, pueden sugerir recomendaciones para las personas mayores y sus familiares que respondan más a sus diversas necesidades y que tomen en consideración sus verdaderos intereses. Solo así lograremos ofrecer soluciones que impacten positivamente en su calidad de vida.
- *Fortalecer programas de voluntarios.* Para fortalecer los servicios de salud, el gobierno hizo una convocatoria para voluntarios que puedan brindar servicio en los centros de salud: enfermeras, doctores, paramédicos, bioanalistas o psicólogos retirados o del sector privado que quisieran unirse a la lucha contra el virus. Sin embargo, estos esfuerzos no se dirigieron hacia otras esferas también necesarias, como la gerontología o la fisioterapia, áreas de salud esenciales para las personas mayores en casos de aislamiento y con escasa movilidad.
- *Reducir el no.* La mayoría de las recomendaciones ante la enfermedad fueron más bien restricciones con carácter

de obligatoriedad. Se debe trabajar con expertos del área de la gerontología y otras ciencias relacionadas para ofrecer una serie de alternativas, con vistas a garantizar libertades en los cambios de hábito en vez de simplemente anular las actividades. Todas las crisis ofrecen oportunidades que, si son bien orientadas y aprovechadas, se convierten en una experiencia de éxito que disminuye el efecto traumático de estas vivencias.

- *Llevar los programas a las personas mayores.* Para que los programas alcancen a la población más desvalida, es preciso que los organismos gubernamentales identifiquen estos casos en los territorios y realicen las indagaciones correspondientes para incluir a las personas mayores en sus bases de datos de beneficiarios. Resulta especialmente importante incluir a la población mayor analfabeta, que no puede hacer uso de los servicios electrónicos y la población mayor con demencias o con alguna discapacidad.
- *Inspeccionar el respeto y cumplimiento del derecho de las personas mayores a la salud.* Esta es, sin dudas, la más importante de las recomendaciones, pues es la que verdaderamente preserva su vida. El Ministerio de Salud debe velar por los derechos de las personas mayores en los centros de salud, con el fin de que estas no sean víctimas del edadismo y sus vidas sean relegadas a un segundo plano, debido a su edad. Para estos fines hay que realizar una vigilancia de estos servicios para asegurar que las personas mayores están protegidas y facilitar canales de comunicación para los casos que ameriten intervención de los organismos del Estado.

Referencias bibliográficas

Boggatz, T. (2020). *Quality of life and person-centered care for older people*. Suiza: Springer.

Fundación NTD y Fundación Saldarriaga Concha (2018). *Misión Dominicana envejece*. Santo Domingo.

Ley 352-98: Protección al Envejeciente. (s.f.).

Ministerio de Salud Pública, República Dominicana (2020). *Directrices para la prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en hogares de adultos mayores*. Santo Domingo.

Ministerio de Salud Pública (2020). *Boletines COVID-19*.

UNFPA, CONAPE y CEAPA (2011). *El maltrato hacia las personas mayores en República Dominicana*. Santo Domingo.

United Nations (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons*.

Gestión de empleo y seguridad social en contexto de pandemia: Las certezas y desasosiegos de la experiencia cubana

Geydis Elena Fundora Nevot

Licenciada en Sociología, Máster en Desarrollo Social y en Políticas y Prácticas de Desarrollo. Doctora en Ciencias Sociológicas. Profesora Titular de FLACSO-Cuba. Especialista en políticas sociales inclusivas, desarrollo local, interseccionalidad y teorías contrahegemónicas del desarrollo. Miembro de la Red de Políticas Sociales de la Universidad de La Habana, de la Red de Estudios sobre Desigualdad Social y Movilidad en América Latina, y del Consejo Técnico Asesor del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La pandemia de la COVID-19 ha demandado una mirada crítica a la capacidad de las políticas sociales para, en tiempos de contingencia, cumplir sus objetivos de protección de la población. Aunque de forma general en los discursos “políticamente correctos” aparezcan declaradas estas metas, las políticas sociales han servido a intereses muy diversos de los grupos que dominan el aparato estatal.

El control de los conflictos sociales, la reproducción de la estructura socio-clasista, la disponibilidad de mano de obra barata, la maximización de las ganancias, etc. han sido claros propósitos de las decisiones políticas que han caracterizado las últimas décadas: recortes del presupuesto destinado a gastos sociales¹, privatización de servicios, mercantilización y familiarización del bienestar, infor-

1 Según CEPAL (2019), la proporción de recursos destinados a lo social sigue siendo más baja en países que tienen un menor nivel de riqueza y mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad, así como mayores carencias en diversas áreas del desarrollo social.

malización y desprotección del trabajo, etc. (Guillén *et al.*, 2016; Lora, 2009; Franzoni, 2007; Bertraneu, 2004).

Por ello no sorprende que se saliera de control una pandemia que podría haberse gestionado de forma más controlada si hubiese existido un sistema de políticas de enfoque preventivo, con principios de igualdad, justicia, solidaridad, corresponsabilidad y sostenibilidad; infraestructura adecuada de servicios; arquitectura institucional competente; financiamiento suficiente; organización e integración social para la participación; entre otros aspectos.

Hasta el 20 de octubre de 2020, los casos confirmados de COVID-19 ascendían a 40 472552, distribuidos en 185 países, con 1 119 283 fallecidos. (MINSAP, 2020)². A este dato se adiciona que, entre los países con mayores estragos, se encuentran varios con valores positivos en indicadores tradicionales de desarrollo (Estados Unidos, Reino Unido de Gran Bretaña y Francia).³

Respecto a Cuba (556) y República Dominicana (11 243), los casos confirmados por millón de habitantes eran muy superiores y oscilaban entre 25 866 y 14 259 el 21 de octubre de 2020 (con excepción de Gran Bretaña); mientras que la tasa de letalidad se encontraba entre 5,8 en Reino Unido y 2,7 en Estados Unidos, frente a 1,8 y 2 respectivamente en los territorios caribeños.⁴

Estas diferencias en la situación epidemiológica son contrastantes con el nivel de desarrollo económico de estos países y la disponibilidad de recursos que esto supondría para manejar la crisis sanitaria. Estados Unidos concentraba en 2019 el 24,8% del PIB

2 Consultado el 20 de octubre de 2020. Recuperado de <https://salud.msp.gob.cu/>.

3 Consultado el 20 de octubre de 2020. Recuperado de <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

4 Consultado el 21 de octubre de 2020. Recuperado de <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>.

mundial; en lo que el Reino Unido y Francia tenían poco más del 3% frente a una discretísima participación de 0,09% y 0,12% de las naciones dominicana y cubana, respectivamente. Si se compara el PIB per cápita las paradojas continúan. ¿Cómo es posible que en países donde se calcula un PIB per cápita entre \$59 939 y \$28 175 tengan peores saldos epidemiológicos que otros que cuentan con cifras entre 3 y 8 veces menor?

Más allá de estos indicadores economicistas del desarrollo que esconden las desigualdades de distribución al interior de los países, también sorprende el Índice de Desarrollo Humano (IDH). ¿Cómo es posible que países con un IDH en 2019 entre 0,920 y 0,891⁵ tengan peores estadísticas epidemiológicas que otros con índice menor? Ello podría relacionarse, entre otros factores, con la capacidad del Estado para lidiar con situaciones de contingencia en regímenes de bienestar cada vez más mercantilizados. Como evidencia el *Government Response Stringency Index*⁶, justo en la fecha en que la cantidad de casos confirmados y la tasa de letalidad de estas naciones superaba a los de las caribeñas, sus gobiernos reaccionaban de forma más débil en comparación con Cuba y República Dominicana. (Ver Tabla 1)

La crisis múltiple que ha generado la COVID-19 nos invita a revisar la estructura y funcionamiento de nuestras políticas públicas. La gestión de la pandemia ha sido un experimento social en tiempo real que nos permite analizar los enfoques y estilos de intervención más eficaces, en tanto han logrado minimizar los riesgos y efectos negativos. A la vez, nos posibilita identificar los vacíos y fallas en la concepción e implementación de algunas políticas.

5 Véase PNUD (2019). *Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*.

6 Véase <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>.

Tabla 1. Comparación de indicadores de comportamiento de la pandemia y la respuesta gubernamental entre países con diferentes niveles de desarrollo.

| Países | Total de casos confirmados por millón de habitantes (21/10/20) | Tasa de letalidad (21/10/20) | IDH (2019) | Government Response Stringency Index (21/10/20) |
|----------------------|--|------------------------------|------------|---|
| Estados Unidos | 24 994,68 | 2,7 | 0,920 | 62,50 |
| España | 21 138,42 | 3,5 | 0,893 | 55,09 |
| Francia | 14 259,15 | 3,6 | 0,891 | 46,76 |
| Reino Unido | 11 232,68 | 5,8 | 0,920 | 60,18 |
| República Dominicana | 11 243,92 | 1,8 | 0,745 | 64,81 |
| Cuba | 556,65 | 2 | 0,778 | 64,81 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de la consulta del Informe de Desarrollo Humano y páginas web habilitadas para el monitoreo global de la COVID-19.

En este artículo nos centraremos en las políticas de empleo y seguridad social, uno de los ámbitos que ha mostrado mayores fisuras en muchos países. Ello se debió no solo a la situación epidemiológica, sino también a los acumulados previos con que las sociedades tuvieron que enfrentarla. De hecho, según la CEPAL (2020), en el punto de partida para el enfrentamiento a la pandemia América Latina se caracterizó por el estancamiento, la ralentización o reversión de ciertos logros que se habían alcanzado en los mercados de trabajo en períodos anteriores.⁷

⁷ El período 2014-2019 fue el de menor crecimiento desde la década de 1950 (0,4%). La tasa de ocupación se mantuvo relativamente estable en torno al 58%, a diferencia de su crecimiento sostenido en el período 2003-2008. La tasa de desocupación promedio de la región se mantuvo en 8% de la población económicamente activa (PEA), registro máximo de los últimos 15 años. La informalidad se incrementó sistemáticamente pasando de representar el 49,5% del total de los ocupados en 2014 a concentrar el 50,6% en 2018 y el 51% en 2019. El trabajo por cuenta creció con mayor intensidad (2,2%) que los puestos asalariados (1,7%).

De los países de esta región, se analizará el caso cubano que cuenta con un abanico de experiencias, desde la prevención hasta la compensación, desde la gestión de riesgos planificada hasta la improvisación, desde protecciones igualitarias hasta algunas brechas de equidad en garantías laborales y salariales.

Se toman como punto de partida definiciones de las políticas, con un enfoque del “deber ser”, propuestas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y los debates del Seminario Permanente de Política Social que se realiza hace un quinquenio en colaboración entre FLACSO-Cuba, la Universidad de La Habana y la Fundación Friedrich Ebert.

Se comprenden las políticas de empleo como el conjunto de principios y programas concebidos para fomentar el pleno empleo, productivo y libremente elegido; garantizar que cada trabajador tenga todas las posibilidades de adquirir la formación necesaria para ocupar el empleo que le convenga; asegurar la igualdad de oportunidades y de trato para todos los trabajadores en el acceso a un empleo, las condiciones de este, la orientación, la formación y la promoción profesionales; atender las necesidades de todas las categorías de personas que puedan tener dificultades para encontrar un empleo sostenible, en particular las mujeres, los jóvenes, las personas con discapacidad, las personas de mayor edad, los desempleados de larga data y los trabajadores migrantes regulares; y proteger a los trabajadores que tienen dificultades para establecer la existencia de una relación laboral cuando los derechos y obligaciones de las partes interesadas son inciertos, cuando se ha intentado disimular la relación laboral o cuando existen deficiencias o limitaciones en la legislación, su interpretación o aplicación (OIT, 2003, 2004).

Se entenderá como política de seguridad social el conjunto de principios y programas de servicios, pensiones y prestaciones, organizados sistémicamente, que protegen los derechos humanos de los individuos y sus familias contra las privaciones económicas y sociales por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez, muerte y pérdida del sostén de familia. Son acciones públicas que también se orientan a mantener relaciones laborales estables, fuerza de trabajo productiva, cohesión social y desarrollo mediante la mejora de condiciones de vida, amortiguando los efectos de las transformaciones estructurales y tecnológicas en las personas (OIT, 2001; Viamontes, 2017).

Para el análisis de las políticas y sus resultados se toma en consideración la propuesta de Martínez y Sánchez-Ancochea (2019), relativa a criterios de cobertura, suficiencia —beneficios suficientes en tipo y calidad— y equidad —en cobertura y beneficios.

Se realizó un diseño metodológico mixto de enfoque dominante cualitativo con la triangulación del análisis de contenido, el análisis documental y el análisis estadístico; y la combinación de tres tipos de actores como fuentes de información: gobierno, academia y ciudadanía. Las unidades de análisis fueron sus discursos expresados en documentos programáticos; audiovisuales de la Mesa Redonda disponible en el canal de *YouTube* homónimo; foros presenciales y virtuales; publicaciones de las páginas web de la Presidencia de la República y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y noticias en la edición digital del periódico *Trabajadores* y el sitio web *Cubadebate*; así como los comentarios de sus usuarios.

¿Estaba preparado el sistema cubano para gestionar el ámbito socio-laboral ante el advenimiento de una pandemia?

El principio de pleno empleo con monopolio estatal, aún con el riesgo del subempleo y la baja productividad, caracterizó durante décadas este sector. En la década 2008-2018 tienen lugar dos congresos del Partido Comunista de Cuba y una veintena de sesiones ordinarias de la Asamblea Nacional del Poder Popular, donde se discuten y aprueban la conceptualización y los lineamientos para las políticas públicas sectoriales, que impactan la tríada propiedad-trabajo-ingresos.

Se definen como metas estratégicas el aseguramiento de fuentes de empleo, enfatizando en las de mayor calidad, calificación y remuneración, compatibles con los objetivos de desarrollo y que propicien el aumento de la productividad. Se adiciona el aumento de empleo en las diversas formas organizativas del sector no estatal y el mejoramiento de las condiciones salariales en el sector empresarial, según sus resultados económico-financieros, y en el sector presupuestado, según prioridades y posibilidades de la economía nacional.⁸ Entre 2008 y 2018 los ocupados en el sector estatal disminuyeron en más de 800 000 (Ver ONEI, 2019).

Otro propósito es la estimulación a la incorporación al empleo de las personas en condiciones de trabajar, en particular los segmentos juveniles y la formación de fuerza de trabajo calificada en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, a mediano y largo plazos.

8 Véase tabloide *Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista*, capítulo 4 Política Social, p. 13 y *Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030*, pp. 18, 20 y 25. Véase además Lineamientos 142-146 en tabloide *Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para los períodos 2011-2015 y 2016-2021*, pp. 25 y 26, consultados el 8 de agosto de 2017. Recuperado de <http://www.cubacrece.gob.cu/lineamientos>.

Entre estos horizontes se encuentra la garantía de que el trabajo se revalorice como vía principal para generar productos y servicios de calidad e incremento de la producción; y como necesidad y motivo de realización personal de toda la ciudadanía con ingresos que sean fuente principal de reproducción y estímulo; el fortalecimiento sostenible del poder adquisitivo de los ingresos provenientes del trabajo en la medida en que se recapitalice de la economía, y con ello que aumente cuantitativa y cualitativamente el consumo de la población, acorde con las expectativas y preferencias de los diferentes grupos sociales con diversificación de opciones y mayor calidad. Estas proyecciones comienzan a materializarse en políticas y leyes, algunas de ellas se detallan a continuación.

De forma general, se establece una política para el perfeccionamiento estructural y funcional del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2012). Se modifica el principio de pleno empleo garantizado por el sector público. Comienza el proceso de racionalización de las plantillas infladas (aproximadamente un millón de plazas) en el sector estatal, según el principio de idoneidad demostrada, donde las personas disponibles podrían ocupar plazas vacantes, con carácter definitivo o temporal, dentro o fuera de la entidad u organismo de la Administración Central del Estado, para la que poseen los requisitos exigidos y que resulta imprescindible cubrir; actividades de trabajo por cuenta propia; entrega de tierras en usufructo; y otras formas de empleo en el sector no estatal (Resolución 34 del 2011 del MTSS).

Se aprueba la Resolución No. 35/2010 “Reglamento sobre el tratamiento laboral y salarial aplicable a trabajadores disponibles

e interrump⁹”, así como la Resolución No.1/2013 del MTSS para la protección a jóvenes en el proceso de reducción de plantillas¹⁰. Las ocupaciones donde más se evidencia el decrecimiento son en el personal de servicios y los técnicos, cuyo peso en la estructura ocupacional disminuye entre 4 y 5 puntos porcentuales.

Entrado en vigor el Decreto Ley 268 del 2009, se modifica el régimen laboral de los cubanos con la introducción del pluriempleo y se permite la contratación laboral de estudiantes con 17 años o más.

En 2013 se aprueba la Ley 116. Nuevo Código del Trabajo y en 2014 el Decreto No. 326, “Reglamento del Código de Trabajo”, que legalizan y reglamentan la diversificación de formas de trabajo, en relación con los tipos de propiedad; reconoce la figura de “empleador” como persona natural o jurídica, sujeto de la relación de trabajo y corresponsabiliza en mayor medida a individuos y familias en la gestión del empleo.

Específicamente, en el sector estatal, se adoptan medidas para la transformación del sistema empresarial estatal. En 2014 se aprueba la Resolución No 9/2014 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), que vincula el pago de los trabajadores a los resultados de la actividad laboral y concede a la empresa la posibilidad de decidir sobre los límites de los salarios de sus trabajadores, la administra-

9 Los trabajadores declarados disponibles e interrump⁹ cobran el 100% del salario básico de un mes. Una vez culminado este tiempo, se establece como finalizada la relación laboral, excepto para aquellos trabajadores que acumulen diez años o más de servicio, a los que se les paga hasta el 60 % del salario básico por distintas vías y períodos extendidos. Otras medidas de protección fueron las resoluciones específicas para jóvenes que estén cumpliendo su servicio social, los cuales no pueden ser declarados disponibles; y las disposiciones especiales para las embarazadas que pueden disfrutar de su licencia de maternidad pre y posnatal en la cuantía y forma que se aplica a las embarazadas vinculadas laboralmente. (Decreto Ley 285/2011). Las filiales municipales del INSS y las direcciones municipales de trabajo asumen el pago de estas licencias (Resolución No. 32 del 2011 del MTSS).

10 Establece que los jóvenes son incluidos en la propuesta de paso a la forma de gestión no estatal. Una vez que pasan a esta modalidad, se les exime del servicio social.

ción de fondos para la distribución de los pagos por rendimientos y las utilidades y la aprobación de las plantillas de cargos. (Resoluciones 17/2014, 6/2016 y 114/ 2019 del MTSS). Se amplía el marco regulatorio salarial en tanto coexisten sistemas de pago (a destajo y por resultados) que estimulen la productividad y la eficiencia. (Resoluciones 17/2014; 6//2016 y la 114/2019). En el sector presupuestado se producen incrementos salariales entre 2014 y 2019.

Entre 2008 y 2013 se trabaja en la ampliación de las opciones de trabajo agrícola, a partir de la entrega de tierras en usufructo a personas jurídicas y naturales. (Decreto Ley 259/2008 y Decreto Ley 300/2012). En similar período se estimula la creación de Cooperativas No Agropecuarias (CNA) en sectores preestablecidos mediante el Decreto Ley No. 305/2012. Los cooperativistas agropecuarios se duplican entre 2008 y 2018 y los no agropecuarios ascienden a más de 18 000 en un lustro.

Entre 2010 y 2018 se aprueban y perfeccionan un conjunto de políticas para la ampliación y desarrollo del pequeño sector privado (autoempleo, negocios familiares y micro, pequeñas y medianas empresas). De representar un 6% de la estructura ocupacional en 1988 pasa a un 31,58% en 2018.

Respecto al desarrollo de otras formas de propiedad (mixta y extranjera), se aprueba la política para el establecimiento de zonas con regulaciones especiales (2014) y una política para la inversión extranjera (2014), que protege a los trabajadores cubanos e implementa nuevos esquemas de retribución, con tasas de cambios diferenciadas.

Desde el 2008 queda aprobada la Ley No. 105. Ley de Seguridad Social. Hay una disminución de la participación relativa del presupuesto del Estado en el financiamiento de la seguridad social, a partir de la extensión de la contribución individual de los trabajadores del sector estatal. También tiene lugar el perfeccio-

namiento y extensión del sistema de seguridad social, brindando protección adecuada al trabajador estatal, a su familia y a la población en general; así como definiendo regímenes especiales para el sector privado, el sector militar, los artistas, y otros grupos.¹¹ Se sustituye el retiro laboral pasivo y dependiente por modelos de envejecimiento productivo. Tiene lugar la posposición de la jubilación (se alarga en 5 años) y aumenta la contratación de personas jubiladas, con énfasis en el sector profesional. Se incrementan las pensiones de forma nominal (Colina, 2020b).

En 2017 se amplían los derechos de la mujer trabajadora, a través de los Decretos-Leyes No. 339 y 340, modificativos del No. 234 de la Maternidad de la Trabajadora, que aseguran y facilitan la remuneración, el autocuidado y la atención médica durante el embarazo, el descanso pre y posnatal y la lactancia materna a mujeres ocupadas en diferentes sectores de la economía. También se extienden los tipos de familiares que pueden acceder a la licencia de maternidad posnatal. Se introducen bonificaciones en el sistema tributario para madres cuentapropistas y a quienes ejercen el trabajo de cuidado en dicho sector (Resolución 26/2017 del Ministerio de Finanzas y Precios).

El Código de Trabajo y la Ley de Seguridad Social ya incluían de antemano la protección de la vida, el trabajo y los ingresos de los trabajadores ante situaciones extraordinarias (a nivel individual y

11 Incluye entre sus beneficiarios a los trabajadores o trabajadoras en casos de enfermedad y accidente de origen común o profesional, a la maternidad, invalidez y vejez y, en caso de muerte, a su familia. Se introducen legislaciones que modifican o incorporan a la protección de la seguridad social a distintos actores como los Trabajadores por Cuenta Propia (TCP) (284/2011), Cooperativas no Agropecuarias (CNA) (305/2012), usufructuarios de tierras (298/2012), Cooperativas de Producción Agropecuaria (CPA) (297/2012), creadores independientes de artes plásticas y aplicadas, musicales, literarios, de audiovisuales y trabajadores artísticos (312/2013), Unidades Básicas de Producción Cooperativa (UBPC) (351/2017), marinos (382/2019), sumados a los ya existentes para militares de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y combatientes del Ministerio del Interior. Menos los artistas y las CPA, el resto de los actores cotizan sobre una escala que va de 350 a 2 000 CUP, con algunas modificaciones a la tasa de contribución.

social).¹² Estas bases jurídicas han sido claves en la gestión de riesgos del contexto de la pandemia, donde se adoptaron una treintena de medidas para diferentes espacios socioeconómicos; a la par que se proyectaban nuevas acciones para las fases de recuperación.

Además del contexto jurídico y político, es importante anotar algunos datos del panorama laboral en el que Cuba comienza a gestionar los impactos de la pandemia. Como puede observarse, la COVID-19 entra en Cuba en un escenario de reformas legislativas, políticas, económicas y laborales en el marco de una sociedad de 7 millones de personas en edad laboral con una baja tasa de desocupación (1,2%¹³) y una mayor heterogeneidad de relaciones laborales, según formas de gestión y propiedad.

Al cierre de 2019, existían 1 435 700 trabajadores en el sector no estatal y 379 500 ocupados en el sector estatal de la economía (48% de ellos en el sector presupuestado, especialmente salud y educación y un 52% en el sector empresarial, fundamentalmente en actividades agropecuarias, de la industria azucarera, de las manufacturas y de la construcción (MTSS, 2019).

12 Por ejemplo, la Ley No. 116, “Código de Trabajo” (2013), en su Artículo 44, prevé la suspensión de la relación de trabajo por disposición legal o fuerza mayor, sin que desaparezca el vínculo laboral entre las partes. El Decreto No. 326, “Reglamento del Código de Trabajo” (2014) establece en su Artículo 34, como situación ante la cual se procede con la suspensión de la relación de trabajo, la decisión del Consejo de Defensa Nacional ante situaciones de desastres de origen natural, tecnológico o sanitario. En estos casos los trabajadores reciben hasta un mes, el pago de una garantía salarial equivalente al salario escala del cargo que ocupa y, de mantenerse la suspensión, la garantía es del 60%. La Ley No. 105 de seguridad social (2008) establece que, ante enfermedades provocadas por epidemias, durante el período de incapacidad, se concede un subsidio diario, de acuerdo con determinadas normas. Cuando el trabajador se encuentre apto para continuar desempeñando sus funciones en el domicilio, se puede aplicar las modalidades de trabajo a distancia o teletrabajo, con el 100% de su salario. Véase nota informativa del MTSS, consultada el 12 de marzo del 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

13 1,9% en el caso de las mujeres y 2,3% en jóvenes de 17 a 34 años. Desde un enfoque territorial, Santiago y Guantánamo alcanzan 3,5%, y en Granma se encuentran los municipios con las tasas más altas del país: Cauto Cristo con 6,1%, Pílon con 5,0% y Buey Arriba con 4,5% (MTSS, 2019).

Los reajustes en materia laboral y salarial tuvieron que tener en cuenta los efectos del envejecimiento demográfico con los mayores porcentajes de trabajadores en empleos formales en el grupo de 40-59; una disminución del grupo precedente de 30 a 39 y un discreto crecimiento de los adultos mayores, más acentuado aún en las mujeres. Otro reto fue la elevada proporción de la población no económicamente activa (estudiantes, quehaceres del hogar, personas con discapacidad que no tienen capacidad para emplearse y jubilados, inactivos y otros) con 2 790 290 personas, por sus implicaciones en la sobrecarga económica de otros miembros de la familia y la capacidad de cobertura del sistema de asistencia social. Se suma el decrecimiento sostenido de la tasa de actividad económica con 63,8% en 2018; pero aún en las mujeres con 49,5%, lo que afecta la contribución al sistema de seguridad social y la protección que podría gestionarse desde este en situaciones contingentes.

La gestión de la pandemia también se enfrentó al desafío de una sociedad donde el 60% de las personas están empleadas en el sector terciario de la economía y donde existe una subrepresentación de las mujeres, las personas negras y mestizas y los jóvenes en el empleo formal (CEPDE, 2016; ONEI, 2019).

En términos de presupuesto familiar para afrontar la crisis, también habría que tomar en consideración que hubo un crecimiento del salario medio en 1,7 respecto a inicios de la década; pero con diferencias entre sectores de actividad económica, favoreciendo a aquellos tradicionalmente ocupados por los hombres (construcción y explotación de minas y canteras; industria azucarera; agricultura, ganadería y silvicultura); y entre territorios, beneficiando al occidente y centro (MTSS, 2019).

COVID-19 y políticas de empleo y seguridad social: entre lo previsto y lo imprevisto

El enfrentamiento a la COVID-19, y sus efectos en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, se concibió como una estrategia multitápica, que se fue reajustando según la evolución de la situación epidemiológica y económica del país. En un inicio se diseñó un plan de medidas para tres etapas: preepidémica, transmisión autóctona limitada y epidémica. Posteriormente se creó un plan de recuperación de tres fases y la actualización de la estrategia económica y social de desarrollo con el paso a la “nueva normalidad”.

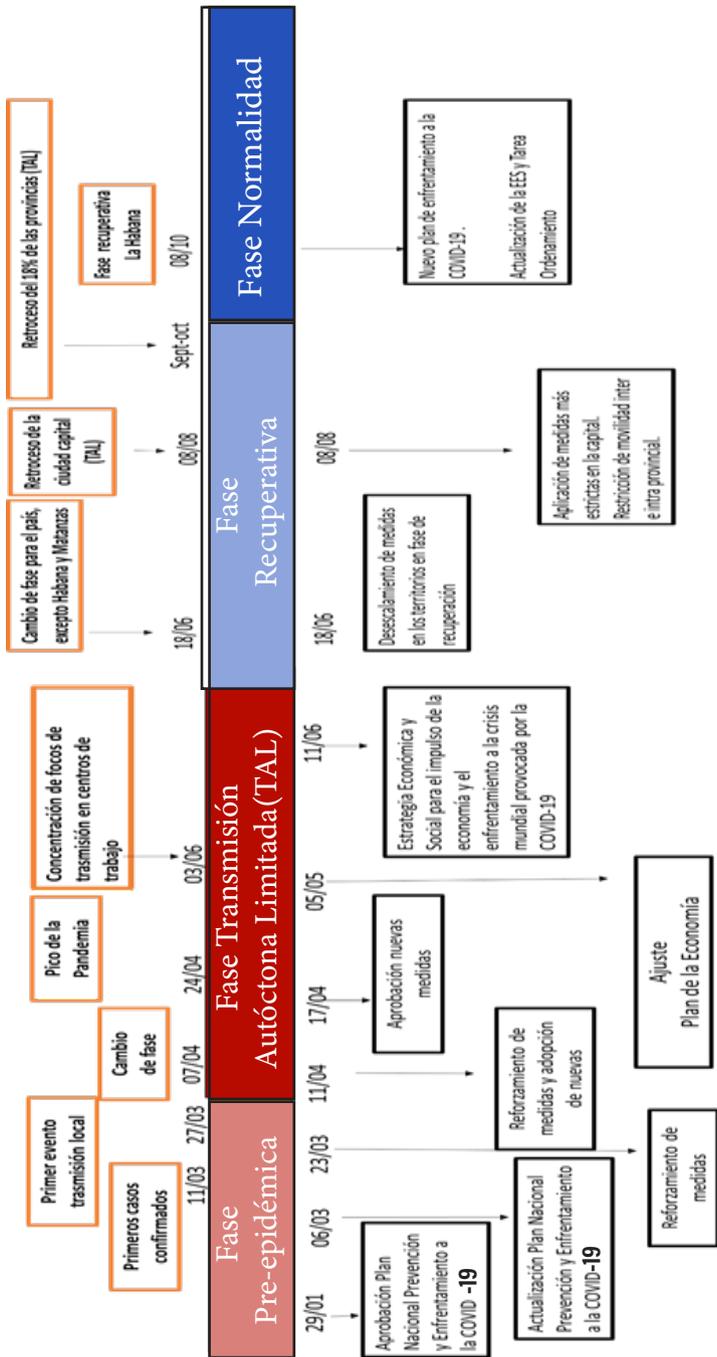
La capacidad de reacción del Estado y la voluntad política tanto para prevenir, como para cortar la expansión del virus, ha sido elevada durante los meses analizados, como se puede apreciar en el Gráfico 1. Las alzas en la cantidad de contagios fueron sucedidas por respuestas rápidas del gobierno en materia de políticas de restricción de movilidad, a la vez que otras políticas se sostuvieron en el tiempo.

En los paquetes de medidas, las políticas de trabajo y seguridad social han tenido un peso significativo. Desde la fase preepidémica se reforzó la capacitación y la aplicación de medidas higiénico-sanitarias más rigurosas en los puestos laborales, a las que posteriormente se adicionaron acciones de aislamiento social y garantía de derechos laborales, que se mantuvieron vigentes hasta las fases de recuperación. Entre las medidas más importantes se encuentran:

- Continuidad de la labor del 58% de los trabajadores del sector estatal (74% del sector empresarial y 26% del sector presupuestado)¹⁴.

14 Véase intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultada el 11 de mayo de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

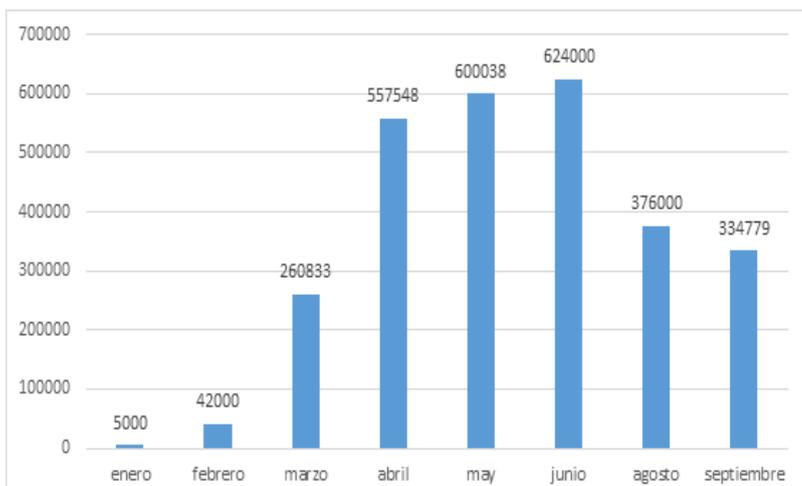
Gráfico 1. Línea de tiempo. Evolución de la situación epidemiológica y las respuestas de la política pública



Fuente: Elaboración propia.

- Creación de condiciones higiénico-sanitarias para proteger a todo el personal¹⁵ en los centros laborales con trabajo presencial.
- Fomento del trabajo a distancia y el teletrabajo en todas las actividades donde fuera posible, cobrando el 100% del salario, según las formas y sistemas de pago correspondiente.

Gráfico 2. Personas acogidas a la modalidad de teletrabajo en diferentes fases de la pandemia



Fuente: Elaboración propia, a partir de las declaraciones de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social¹⁶.

- Reubicación laboral para trabajadores declarados interrumpidos que en julio ascendían a 146 507, por la paraliza-

15 Limpieza y desinfección de puestos de trabajo, disponibilidad de cloro, agua y jabón en todas las instalaciones, regulación de la entrada de personas con síntomas gripales y fiebre, capacitaciones sobre la COVID-19 y cómo enfrentarlo, uso obligatorio del nasobuco, incremento de distancia entre puestos de trabajo, etc.

16 Véanse intervenciones de la Ministra Marta Elena Feitó Cabrera, consultadas el 15 de abril, el 11 de mayo, el 6 de agosto y el 12 de octubre de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

ción de sectores de la producción y los servicios¹⁷. A esta política se acogieron 48 343 trabajadores¹⁸ (33%), con participación en actividades como la producción de alimentos, los centros de aislamiento, plazas vacantes del sistema de salud pública, la pesquisa y la atención a personas vulnerables, adultos mayores solos y personas con discapacidad. Quienes fueron reubicados devengaron el salario del nuevo cargo de acuerdo con la forma y sistema de pago aplicado, o su salario básico.

- Pago adicional de 250 pesos mensuales durante la pandemia, a las asistentes integrales de servicios de salud y a los operarios de equipos de lavandería, de los 31 hospitales que atendieron pacientes confirmados y sospechosos de alto riesgo.
- En el sector empresarial se mantuvo el pago por resultados mientras hubo condiciones favorables, suprimiendo su sujeción al crecimiento de las utilidades. Los trabajadores del sistema empresarial, que laboraron en entidades utilizadas como centros de aislamiento, recibieron el salario promedio calculado según legislación laboral.
- En el caso de los trabajadores que no aceptaron la reubicación laboral de manera injustificada, se mantuvo el vínculo con la entidad, pero no se les abonó la garantía salarial durante la interrupción, situación en la que se hallaban 5 851 personas en mayo¹⁹ y 13 998 en junio de 2020.

17 El sector del turismo, uno de los más afectados, tuvo más de 8 600 trabajadores interrumpidos, solo en el mes de marzo de 2020.

18 Véanse intervenciones de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultadas el 26 de marzo y el 9 de julio de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

19 Véase intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultada el 11 de mayo de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

Otro conjunto de medidas estuvo destinada a las garantías salariales que protegieron a 93 660 personas en mayo; más de 140 000 en junio y con el inicio de las fases de recuperación, disminuyeron a 77 180 en julio. Entre las personas beneficiarias se encontraban:

- Los trabajadores en aislamiento preventivo, con ingreso domiciliario y restricción de movimiento durante 14 días, los cuales recibieron el 100% del salario básico durante ese período²⁰.
- Los trabajadores enfermos avalados por certificado médico recibieron un subsidio equivalente al 50% del salario promedio, si estaban hospitalizados y al 60% del salario promedio, si no lo estaban.
- Aquellos que no pudieron ser reubicados, tras la paralización eventual de su entidad, recibieron una garantía salarial equivalente al 100% de su salario básico el primer mes y al 60% en los otros meses de interrupción²¹.

Esta misma garantía fue aplicada a trabajadores aislados preventivamente por su condición de vulnerabilidad (adultos mayores y personas con comorbilidad) que en abril sumaban 42 382, en mayo 65 062 y en julio 71 409²². Igual tratamiento recibieron las madres,

20 En julio sumaban 8 776 trabajadores en esta condición. En octubre la cifra había ascendido a 10 500. Véanse intervenciones de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultadas el 9 de julio y 12 de octubre de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

21 En el caso de las personas con pluriempleo se les aplicó el tratamiento laboral y salarial en la entidad donde tuviesen suscrito el contrato por tiempo indeterminado. Otro caso especial lo constituyeron los trabajadores contratados por tiempo indeterminado para actividades discontinuas o cíclicas, a quienes se les aplicó el tratamiento laboral y salarial previsto para la interrupción laboral hasta el vencimiento del período o temporada. En el período interciclo se procedió con la suspensión de la relación de trabajo y el pago consecuente, reanudándose con el nuevo comienzo del ciclo de trabajo. Consultado el 31 de marzo de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

22 Véanse intervenciones de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultadas el 15 de abril, el 11 de mayo y el 9 de julio del 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

padres o tutores (con condición de trabajadores remunerados), encargados del cuidado de menores, durante la suspensión de la escuela en el nivel primario y la Educación Especial; así como aquellos que decidieron no llevar a los niños al servicio de guardería infantil durante el aislamiento social, los cuales en abril sumaban 62 386, en mayo 83 454 y en julio más de 86 000.²³ Con la fase de recuperación en la mayoría del territorio nacional la cifra decreció; pero la situación epidemiológica de la capital, donde se concentra poco más de la sexta parte de la población, mantuvo la cifra en más de 55 700 hasta el cierre de octubre de 2020²⁴.

Similar respaldo salarial recibieron los artistas integrados al Instituto Cubano de la Música y al Consejo Nacional de las Artes Escénicas, pertenecientes a unidades artísticas subvencionadas y los 13 500 trabajadores que operan bajo el régimen comercial²⁵.

Para las actividades del sector privado que disminuyeron sus ventas, se dispuso que el empleador garantizara a los trabajadores contratados una remuneración en proporción al tiempo real trabajado, nunca inferior al salario mínimo del país.

Respecto a la seguridad social, se prorrogó por un plazo de seis meses el término de vigencia de las pensiones por edad aprobadas con carácter temporal²⁶ y se aplazaron por 60 días los trámites de las pensiones por edad e invalidez, así como las reclamaciones por

23 También en el marco de las medidas de protección a las madres trabajadoras, se prorrogó la licencia, en este caso no retribuida, a las que se encontraban en el disfrute de las licencias complementarias por maternidad y a cuyo vencimiento resultaba imposible su incorporación laboral, por la responsabilidad con el cuidado del niño.

24 Intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, Marta Elena Feitó Cabrera, consultada el 12 de octubre del 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>.

25 Normas para la aplicación de la garantía salarial y protección a las unidades artísticas ante la suspensión de la programación cultural para la prevención y control de la pandemia de la COVID-19 (Resolución 18 del 2020 del MINCULT).

26 Al amparo de la Disposición Especial Quinta de la Ley No. 105 de Seguridad Social del 27 de diciembre de 2008.

inconformidades. Se dispuso concluir las pensiones por edad y por invalidez total que se encontraban en tramitación y se mantuvieron los trámites de las pensiones por causa del fallecimiento del trabajador y por extravío o deterioro del cupón o chequera. También se mantuvo el pago del subsidio²⁷ a los trabajadores que no pudieron ser evaluados por la paralización de la comisión de peritaje médico laboral, así como a los que les fue emitido el dictamen médico.

Para garantizar las tramitaciones se conservaron abiertas (aunque con horario limitado) las filiales del Instituto Nacional de Asistencia y Seguridad Social y la Oficina Nacional de Inspección del Trabajo, y se extendió el uso de la nómina electrónica para los beneficiarios de la seguridad social, a fin de evitar la concurrencia a las filiales a recoger los medios de pagos.

En el sector privado se tomaron otras medidas, acorde con su naturaleza:

- Se suspendieron los trámites para la concesión de nuevas autorizaciones.
- Se incorporó la paralización temporal del servicio como una causa legítima de suspensión de la licencia, medida a la que se había acogido hasta abril el 35% del sector (222 723 individuos), principalmente los arrendadores de viviendas, los transportistas de carga y pasajeros, los trabajadores contratados, los trabajadores de servicios gastronómicos y los de servicios de belleza²⁸. En junio se incrementó

27 Previa presentación del certificado médico emitido por el médico de asistencia, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 93 del Decreto No. 283/2009, Reglamento de la Ley de Seguridad Social.

28 Tendencia más elevada en Pinar del Río, Matanzas, La Habana y Villa Clara. Consultado el 26 de marzo de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu>. Véase intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultada el 11 de mayo de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/>.

al 38,45%, donde resaltaban más de 60 000 trabajadores contratados; 21 700 arrendadores y 14 400 del sector gastronómico en cafeterías. En el mes de octubre, durante la actualización de la estrategia económica y social para el impulso de la economía y el enfrentamiento a la crisis mundial provocada por la COVID-19, la cifra ya ascendía a más de 250 000.

- A quienes ejercían actividades de manera ambulatoria, se les brindó la alternativa de realizarla en su domicilio, sin trámites burocráticos.
- A aquellos dedicados a servicios gastronómicos, les fue permitido continuar vendiendo alimentos ligeros, cumpliendo lo establecido para el distanciamiento, y los arrendadores de vivienda, habitaciones y espacios con licencia sanitaria, también pudieron dedicarse a apoyar los servicios de alimentación.
- Se organizó el régimen de trabajo en las áreas comunes para el ejercicio del trabajo por cuenta propia, con el objetivo de evitar aglomeraciones.
- Se brindó la posibilidad de que trabajadores autónomos y contratados solicitaran ayuda a la asistencia social, medida a la que solo se habían acogido 130 personas en abril y 187 en junio.

El Estado también adoptó un conjunto de acciones para proteger a los trabajadores cubanos que se encontraban en el exterior, durante las restricciones de viajes adoptadas internacionalmente:

- El personal diplomático disminuyó o suspendió sus servicios, o pasó a la modalidad de teletrabajo como medida de protección.

- Se gestionaron vuelos solidarios para el retorno de trabajadores que se encontraban en misiones de trabajo.
- En el caso de los trabajadores que se encontraban en el exterior por asuntos personales y a quienes se les había vencido la licencia no retribuida autorizada, la administración tuvo la posibilidad de extenderles la duración de la licencia hasta su retorno.
- Los titulares de negocios por cuenta propia pudieron designar un trabajador contratado para asumir el cumplimiento de sus deberes.

Respecto a los extranjeros, se prorrogó por seis meses el Permiso de Trabajo en Cuba, se concluyeron las autorizaciones que estaban en tramitación y se suspendieron los trámites para nuevas solicitudes. Otras medidas fueron la extensión por seis meses de la validez de la certificación emitida por el Centro de Certificación de Equipos de Protección Personal, subordinado al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y la suspensión temporal de la tramitación de los procesos laborales por los órganos encargados de solucionar conflictos de trabajo.

Muchas de las medidas adoptadas en el ámbito laboral y de seguridad social se mantuvieron en las fases de la recuperación. A la vez, hay algunas transformaciones escalonadas, acorde con la evolución de la epidemia, como el perfeccionamiento y control del trabajo a distancia; la eliminación del derecho de mantener el vínculo laboral cuando no se acepta la reubicación de manera injustificada; la supresión de la garantía salarial después de un mes, cuando resulta imposible reubicar al trabajador ante la paralización eventual de la labor y la eliminación de garantías salariales para madres, padres o tutores, al reiniciar las actividades docentes.

Respecto a la asignación anticipada de graduados de la Educación Superior y de técnicos de nivel medio que terminan sus estudios en el 2021, se prevé 51 925 posibles titulados, y hasta mayo tenían respuesta de empleo 46 789. Se indicó mantener las gestiones para buscar opciones de puestos de trabajo para todos²⁹.

En relación con el sector privado, se estableció el autorizo de la paralización temporal en el ejercicio del trabajo por cuenta propia en casos excepcionales; se reanudaron los trámites para la concesión de nuevas autorizaciones; y se restableció la venta ambulatoria y los servicios gastronómicos, garantizando el distanciamiento físico entre las personas.

En cuanto a la seguridad social, quedaron sin efecto las prórrogas de pensiones y prestaciones, al reiniciarse los trámites de la seguridad social y se reinició el funcionamiento de las comisiones de peritaje médico laboral.

En julio de 2020 se da a conocer la estrategia económico-social para el impulso de la economía y el enfrentamiento a la crisis mundial provocada por la COVID-19, donde se definen 16 áreas claves con más de 370 medidas, entre ellas la política de empleo y salarios, seguridad y atención social. Se definen como medidas estratégicas fomentar el uso racional de los recursos laborales (en especial la fuerza de trabajo calificada); flexibilizar los mecanismos de contratación y remuneración para estimular la productividad; favorecer la conciliación entre la vida laboral y familiar; y reducir costos asociados a la permanencia en el puesto de trabajo. Se adiciona oficializar un programa para la generación de empleos en la economía y en los territorios con menores tasas de actividad; ajustar niveles de salarios para que el trabajo satisfaga las necesidades de quien

29 Véase intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultada el 4 de mayo de 2020. Recuperado de www.cubacrece.gob.cu.

trabaja y de su familia; generalizar el pago por alto desempeño a todo el sistema empresarial y continuar perfeccionando los sistemas de pago.

Se subraya la disminución de la participación relativa del Estado en el financiamiento de la seguridad social, a partir de la incorporación de nuevas fuentes; la homologación del tipo de protección de la maternidad entre trabajadoras adscritas a regímenes especiales y trabajadoras del sector estatal, y la eficiencia en trámites y servicios.

En octubre el gobierno, junto a otros actores de la sociedad, continúa el enfrentamiento a la pandemia con rebrotes en algunos territorios, y a la vez continúa la gestión de la crisis económica con un enfoque de desarrollo. La necesidad de crecimiento económico, sustitución de importaciones, estímulo a la productividad, etc., demanda importantes cambios en la gestión del empleo y los salarios. En el espacio de trabajo agropecuario se emite la Resolución No. 24 que autoriza, a los productores agropecuarios individuales, a contratar directamente a personas que no sean trabajadores por cuenta propia como fuerza de trabajo en los picos de cosecha, siembra, labores de cultivos u otras actividades de similar naturaleza.

Respecto a la empresa estatal, se flexibiliza la distribución de utilidades a los trabajadores, eliminando el límite de hasta cinco salarios medios y sin condicionarlo al cumplimiento o sobrecumplimiento de los indicadores directivos. Se habilita un fondo para financiar la estimulación colectiva a trabajadores y a colectivos laborales.

Se incentiva el tránsito de actividades presupuestadas a empresariales, siempre que tengan características y condiciones para ello, comenzando por el deporte, la cultura y la ciencia, a nivel más general, y servicios comunales, a nivel territorial.

En el sector de la gastronomía estatal, se amplía la autonomía en la gestión comercial, económica y financiera por parte de los trabajadores de 73 unidades que luego se ampliaría a las 7 008 existentes, en busca de lograr eficiencia económica, cubrir los gastos con sus ingresos, pagar oportunamente a los proveedores y vincular el salario a los resultados económicos. También se comienza a trabajar en la recuperación gradual del turismo, dado su carácter estratégico como fuente de empleo e ingresos.

Se permite que los trabajadores que se jubilen sean contratados para ocupar igual cargo que el que desempeñaban al momento de obtener su pensión y se decide la modificación del cálculo de la pensión para los trabajadores que, una vez jubilados con 45 años o más de servicios, se reincorporen al trabajo y laboren al menos 5 años o más, previa modelación del impacto de su aplicación en el gasto de la seguridad social.

Se autoriza la contratación de determinados servicios a los trabajadores de la entidad, diferentes a los que realizan según sus contratos de trabajo fuera de su jornada laboral, ajustando el ingreso a recibir según el valor del servicio del que se trate, sin que se considere salario a los efectos legales. Se establece un impuesto por el ingreso que reciba el trabajador.

Se promueve el desarrollo territorial con una política flexible e inclusiva para todas las formas de gestión, que permite la participación de diversos actores económicos (empresas estatales, cooperativas y trabajadores por cuenta propia) en los proyectos de desarrollo local, los cuales también generan empleos o mejoran la calidad de los existentes.

Respecto al sector no estatal se amplían las actividades permitidas bajo esta modalidad, se perfecciona el sistema tributario

y se facilitan los trámites para los permisos. Se fomenta la ampliación de las cooperativas y se diseña un marco jurídico e institucional para las micro, pequeñas y medianas empresas, bajo el criterio de que no sea una opción exclusiva para personas que tengan solvencia de recursos financieros. En este sentido, se proponen mecanismos de acceso a créditos bancarios, y de apoyo y fomento a través de recursos del presupuesto del Estado.

Se establece la atención de los trabajadores por cuenta propia en talleres automotores estatales y el arrendamiento de vehículos de motor, remolques y semirremolques a emprendedores privados de diferentes formas productivas de la agricultura y otros sectores, que no cuentan con medios para la transportación de sus producciones.

Tanto las medidas contingentes para detener la pandemia, como las orientadas a la recuperación de los efectos económicos y sociales provocados por la emergencia sanitaria, tienen aciertos y desaciertos en materia de cobertura, suficiencia y equidad (Tabla 2). A continuación, se valoran algunos elementos desde la integración de criterios de tres actores: gobierno, academia y ciudadanía.

Tabla 2. Alcance de las políticas de trabajo y seguridad social en tiempos de COVID-19: miradas desde la cobertura, la suficiencia y la equidad

| Políticas de trabajo y seguridad social | Cobertura | Suficiencia (tipo y calidad) | Equidad |
|--|--|---|---|
| <p>-Capacitación e información en los espacios de trabajo sobre la pandemia y cómo enfrentarla</p> | <p>-Amplia cobertura, desde la fase preventiva hasta la fase recuperativa</p> | <p>-Diversidad de modalidades formativas y productos comunicativos -Algunas insuficiencias en su efectividad, dado que se manifestaron conductas de riesgo en centros laborales</p> | |
| <p>-Garantías higiénico-sanitarias en espacios de trabajo con modalidad presencial</p> | <p>-Exigencia legal de condiciones higiénico-sanitarias en todos los espacios socio-económicos -Facilitación del acceso a productos para la higienización -No todos los espacios de trabajo tienen garantizado buen acceso al agua potable</p> | <p>-Insuficiente y variable calidad de productos -Insuficiente personal de limpieza en sector estatal -Implementación insuficiente dado la cantidad de focos detectados en centros laborales, por falta de control sobre las medidas establecidas</p> | <p>-Acceso subvencionado solo para sector estatal. Precios topados para algunos productos y precios elevados, determinados por la oferta-demanda para otros</p> |

| Políticas de trabajo y seguridad social | Cobertura | Suficiencia (tipo y calidad) | Equidad |
|---|--|--|--|
| <p>-Reajuste de condiciones laborales en espacios de trabajo con modalidad presencial</p> <p>-Teletrabajo y trabajo a distancia</p> | <p>-Establecido para todos los centros laborales, mediante políticas extensivas a todos los espacios socioeconómicos</p> <p>-Modalidad posible en algunas ocupaciones y para quienes dispusieran de condiciones en los hogares</p> <p>-La cobertura se fue ampliando paulatinamente hasta la fase de recuperación, donde ha ido disminuyendo, a pesar de la voluntad política del gobierno</p> | <p>-Calidad variable en la movilidad, la alimentación y las condiciones de trabajo, con estándares bajos en el sector presupuestado, rasgo precedente a la pandemia</p> | <p>-Condiciones desiguales, según diferencias de recursos entre centros laborales, entre negocios privados, etc.</p> <p>-Prioridad en la creación de condiciones para algunos sectores de servicio -Habilitación de mayores oportunidades de movilidad para el sector estatal.</p> |
| | | <p>-Mayor flexibilidad horaria y facilitación de la conciliación entre la vida familiar y laboral. Se eliminan los tiempos y gastos de traslado hogar-empleo-Garantía de condiciones laborales muy variables; poca práctica de contrato de trabajo con objetivos y tiempos bien definidos, dotación de medios tecnológicos y asunción de</p> | <p>-Sectores con mejores prácticas y condiciones, respecto a otros, como el informático</p> <p>-Brechas de género, acen-tuadas por la combinación del trabajo a distancia con la sobrecarga doméstica y de cuidados que sobrevino a partir del aislamiento social</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <p>gastos de electricidad, conexión, mantenimiento de equipos y alimentación por el empleador³⁰</p> <p>-Poca adecuación del marco legal y de la cultura de trabajo existente para un buen funcionamiento</p> <p>-Poca práctica de protección de datos y determinación de condiciones en materia de prevención, seguridad y salud en el trabajo³¹</p> | <p>-Desigualdades económicas, generacionales y de capital cultural en el acceso y uso de tecnologías para obtener resultados eficientes: ancho de banda para el acceso a Internet³². la tenencia de computadoras en casa, condiciones de vivienda, dinámica familiar, etc.</p> |
| <p>-Garantías laborales para trabajadores interrumpidos, sin reubicación</p> | <p>-Alta cobertura hasta el inicio de la fase de recuperación</p> | <p>-Quedaron sin garantías salariales por no aceptar la reubicación laboral</p> | <p>-Desigualdades de ingresos y otros derechos laborales, entre trabajadores del sector estatal y privado</p> |

³⁰ La manera en que se ha implementado en la práctica el teletrabajo varía entre las organizaciones, y va desde las que extendieron el teletrabajo como anexo al contrato de trabajo para algunas ocupaciones y asumen las garantías de computadoras y acceso a correo e Internet, pagan 100% de salario, estimulación y almuerzos hasta las que aún no han firmado el anexo al contrato y todos los gastos relativos a la conexión corren por cuenta de quienes se acogen a esta modalidad. En estas últimas, además de los costos de electricidad y teléfono fijo, los teletrabajadores deberán asumir los gastos relativos a las recargas de celular y el desgaste de los medios de cómputo, a cambio de recibir el 100% del salario. Pareciera que algunas instituciones del sector estatal empresarial, asociada a las telecomunicaciones, están entre las más avanzadas (COPEXTEL e IDICT, por ejemplo) y en el sector presupuestado se encuentra aquellas con menores definiciones (Echevarría, 2020).

³¹ Véase *Guía para empleadores sobre el trabajo desde casa en respuesta al brote de la COVID-19* (OIT, 2020).

³² En el 2019 existían 109 computadoras y 643 usuarios de Internet por 1 000 habitantes y 61 415 abonados (móviles y fijos) al sistema celular (ONEI, 2020). Según un informe publicado por Cubadebate, al cierre de 2019 existían 124 770 hogares conectados a Internet, más de 3 millones de clientes con acceso a Internet desde sus móviles, 1 513 sitios wifi y 682 salas de navegación (Alonso, 2020). En el caso del teletrabajo se requiere de niveles de interactividad importantes; sin embargo, si se considera que la mayoría de quienes utilizan estas tecnologías aún se conectan por banda estrecha (acceso conmutado) y/o por banda ancha de primera generación (hasta 3G) (López, 2019) podría identificarse aquí un reto significativo en términos de infraestructura (Echevarría, 2020a).

| Políticas de trabajo y seguridad social | Cobertura | Suficiencia (tipo y calidad) | Equidad |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Reubicación laboral para trabajadores interrumpidos | <ul style="list-style-type: none"> -Amplio alcance, extendido incluso al sector no estatal; aunque la oportunidad no pudo ser aprovechada por todas las personas dadas sus características personales, etc. | <ul style="list-style-type: none"> -Las opciones creadas no se reajustaban a todos los perfiles y preferencias de las personas -Adaptación de las garantías salariales | |
| <ul style="list-style-type: none"> -Flexibilización en los deberes tributarios de los trabajadores por cuenta propia -Derecho al aplazamiento del pago de la seguridad social y posibilidad de solicitar asistencia social | <ul style="list-style-type: none"> -Se extiende a todos los trabajadores por cuenta propia, aunque no distingue la heterogeneidad del sector -Invisibilidad de trabajadores informales | <ul style="list-style-type: none"> -Las medidas responden a una parte de las necesidades del sector, pero otras quedan fuera del paquete, especialmente para emprendimientos precarios y trabajadores contratados | <ul style="list-style-type: none"> -Asimetría en el aprovechamiento de estas oportunidades entre trabajadores precarios y emprendedores con un capital acumulado |
| <ul style="list-style-type: none"> -Facilidades para trámites de seguridad social. No interrupción de prestaciones y pensiones | <ul style="list-style-type: none"> -Alcanza a todos los usuarios, excepto quienes se encontraban en trámites de solicitud o tuvieron nuevas contingencias en los meses de restricciones de movilidad | <ul style="list-style-type: none"> -Creación de diferentes modalidades del servicio, y posibilidades de aplazamiento -Montos insuficientes de pensiones y prestaciones para asumir los gastos familiares | |
| <ul style="list-style-type: none"> -Garantías salariales para trabajadores vulnerables, interrumpidos, en aislamiento preventivo, y madres | <ul style="list-style-type: none"> -Alta cobertura en el sector estatal; no es así para el sector privado³³ | <ul style="list-style-type: none"> -Monto insuficiente de las garantías salariales para cubrir necesidades básicas, incrementadas con las restricciones de movilidad³⁴ | <ul style="list-style-type: none"> -Sensibilidad a las diferencias con la protección de personas vulnerables |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>con hijos en la enseñanza primaria, la enseñanza especial y el círculo infantil</p> | <p>-El trabajo reproductivo de muchas amas de casa ha permanecido desprotegido legalmente y el sector informal se mantuvo invisibilizado</p> | <p>-Es significativa la posibilidad de solicitar ayuda de la asistencia social para complementar los ingresos familiares</p> | <p>-Omisiones en los perfiles de vulnerabilidad³⁵ -Desconocimiento de perfiles interseccionales de desventaja social, que requieren medidas complementarias de apoyo o un tratamiento diferenciado en cuanto a garantías salariales. -Insatisfacciones del sector empresarial respecto a las garantías salariales derivadas de su salarioescala, en comparación con las del sector presupuestado³⁶</p> |
|--|--|--|--|

33 No se regula adecuadamente la protección de los trabajadores contratados en el sector no estatal (que no es solo el TCP) y los autoempleados. Ambos están en riesgo importante de perder sus ingresos sin otra protección que la de acogerse a sus ahorros, o a la asistencia social temporal, según el MTSS. Mientras tanto, los trabajadores estatales reciben, en el caso de paralización total de la actividad en la que se desempeñan, 100% de su salario el primer mes y 60% mientras dure la excepcionalidad. El Estado cubano es propietario de empresas, pero también es regulador y protector de derechos laborales. Es, por tanto, su responsabilidad la protección de todos los trabajadores en Cuba y no solo de aquellos que trabajan en la propiedad estatal, las entidades presupuestadas y todas sus distintas manifestaciones en el país. (...) Existen negocios grandes y saludables que podrían mantener el pago de salarios (por supuesto, nunca indefinidamente), como también podríamos encontrar «emprendimientos» de subsistencia donde, a pesar de la contratación de trabajadores, no es posible para el empleador enfrentar los pagos salariales ante el cese o la disminución de su actividad (Colina, 2020).

34 Las investigaciones sobre canasta básica familiar refieren la insuficiencia de los ingresos familiares para cubrir necesidades básicas (García y Anaya, 2016). En el contexto de la epidemia, cuando se incrementaron los gastos familiares de alimentación, aseo, servicios básicos, etc., esta situación debió empeorar.

35 Familias en condiciones de habitabilidad deterioradas, comunidades en contextos ambientales sanitarios negativos y de dificultades para el acceso a servicios, trabajadores de bajos ingresos, sin capacidad de ahorro, personas pobres, trabajadores informales y cuentapropistas de bajos ingresos (Espina, 2020).

36 Véase intervención de la Ministra de Trabajo y Seguridad Social, consultada el 11 de mayo de 2020. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/03/31/ministerio-de-trabajo-tratamiento-laboral-salarial-y-de-seguridad-social-por-la-covid-19/#.XwSsfShKjU>.

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la estrategia económica y social se percibe una voluntad por mejorar las condiciones laborales en todos los espacios socioeconómicos; la habilitación de una estructura de oportunidades que combine la universalidad con acciones afirmativas para las personas con menos recursos; la promoción del envejecimiento productivo; la conciliación entre la vida laboral y familiar y la intención de disminuir brechas en ingresos, prestaciones sociales y otros derechos entre el sector estatal y no estatal. Sin embargo, sigue estando ausente la protección del trabajo de cuidados y la atención al sector informal. Otras medidas como la libre contratación de mano de obra (en caso de que no se inspeccione el cumplimiento de derechos laborales) y la redolarización parcial con la apertura de tiendas minoristas para captar divisas, que favorece a quienes reciben remesas, trabajan en el exterior o han acumulado en efectivo pueden reforzar viejas desigualdades y dar al traste con el propósito de que el trabajo formal sea la principal fuente de ingresos para la satisfacción de necesidades.

Aprender con la gestión de las crisis: lecciones para las políticas de empleo y seguridad social

Los saldos de la COVID-19 pueden tener lecturas pesimistas y optimistas, pero todas deben tener un punto de partida realista. La recuperación se asume en un marco de agotamiento de trabajadores del sector de la salud, de higiene y epidemiología, de comunales, de la administración pública, de la producción de alimentos y de los trabajadores sociales. Se suman las secuelas del ejercicio del teletrabajo y el trabajo a distancia con malas prácticas en la conciliación de la vida laboral y familiar por la sobrecarga de cuidados y la organización deficitaria de los deberes, la gestión del tiempo y otras condiciones laborales propicias.

Las afectaciones en la economía nacional, territorial y familiar, la disminución de fuentes de empleo en el sector estatal y no estatal, la baja tasa de actividad económica y las altas tasas de dependencia (reflejadas en el envejecimiento demográfico de la población) dan cuenta de un escenario muy complejo, asumido desde un modelo de desarrollo en pleno proceso de reformas de deformaciones estructurales que tensan aún más el panorama: dualidad monetaria y cambiaria, igualitarismo distributivo desligado de las contribuciones y las condiciones de partida en el aprovechamiento de la oportunidad, desconexión trabajo-ingresos-bienestar, etc. Este escenario, afortunadamente, no ha tenido un efecto paralizante.

El enfrentamiento a la COVID-19 puso a prueba una vez más la capacidad de resiliencia de muchos actores de la sociedad cubana, incluyendo el gobierno. El enfoque preventivo, la planificación, la articulación de actores y un buen equilibrio entre centralización-descentralización han demostrado ser claves en la gestión de esta situación riesgosa.

Ha sido importante contar anticipadamente con un marco legislativo y político que prevé la protección en este tipo de coyuntura, un régimen de bienestar donde aún tiene un peso fuerte el Estado con capacidad para la redistribución de recursos en función de la protección de trabajadores y sus familias, pensionados y grupos vulnerables, así como una legitimidad para la exigencia de garantías laborales en diferentes espacios socioeconómicos.

Las acciones de contingencia y la gestión de la emergencia no imposibilitaron que se trabajara paralelamente en la superación de la crisis, con procesos estratégicos como la construcción del programa nacional de empleo, salario y seguridad social; el perfec-

cionamiento del programa de prevención y la actualización de la estrategia económica y social.

La organización del trabajo ante la COVID-19 nos deja prácticas referenciales para seguir desarrollando los derechos laborales y sociales en su expresión concreta. Destaca el mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias en centros laborales; la combinación de modalidades presenciales y no presenciales para obtener resultados eficientes y, a la vez, proteger a los trabajadores; la visibilidad de sectores productivos y de servicios como oportunidades de empleo e ingresos que son menos afectados en contextos de crisis y más necesarios para el buen funcionamiento de la sociedad; la importancia de los arreglos institucionales y las iniciativas de economía solidaria como alternativas en la provisión de recursos para satisfacer las necesidades de los trabajadores y mejorar las condiciones laborales; la disminución del burocratismo en trámites para el empleo y la seguridad social, entre otras.

Sin embargo, esta emergencia también nos deja desafíos para el mejoramiento de las políticas en contextos ordinarios y extraordinarios. Se hace necesario una mayor protección de los derechos de las personas en la modalidad de teletrabajo, de trabajo de cuidados y quienes laboran de manera informal; transversalizar las políticas económicas con un enfoque de equidad multidimensional; identificar las nuevas desigualdades y actualizar los perfiles de pobreza y vulnerabilidad en los que se basan las políticas de protección social y de desarrollo humano; aplicar un enfoque de universalismo crítico a las políticas públicas nacionales y territoriales; reducir la discrecionalidad de directivos en la aplicación de las políticas con estrategias participativas de implementación y evaluación sistemática; perfeccionar el sistema de seguridad social teniendo en cuenta las consecuencias del proceso de ordenamiento económico;

y ampliar la protección de trabajadores autónomos y otros emprendedores, combinando la cesantía en el pago de impuestos con transferencias o créditos blandos, tanto para impulsar la actividad como para las garantías salariales de sus contratados.

Referencias bibliográficas

- Bertranou, F. (2004). *Protección social y mercado laboral*. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- CEPAL (2019). *Panorama laboral de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (2020). *Panorama laboral en tiempos de la COVID-19. Impactos en el mercado de trabajo y los ingresos en América Latina y el Caribe. Nota técnica*. Santiago de Chile: CEPAL-OIT.
- CEPDE-ONEI (2016). *El censo de población y vivienda según color de la piel*. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas e Información.
- Colina, H. (2020). *Sistema de pensiones de la seguridad social en Cuba: Un debate presente para el futuro*. La Habana: Universidad de La Habana-FES.
- Colina, H. (2020). Trabajo por Cuenta Propia en tiempos de la COVID-19. En *Revista Alma Máter*. Recuperado de <http://www.revistaalمامater.cu>.
- Echevarría, D. (2020a). *Teletrabajo en tiempos de COVID-19: oportunidades y desafíos para Cuba* (artículo inédito en proceso de publicación).
- Echevarría, D. (2020b). *Trabajo informal y COVID en Cuba: ¿reconocimiento? ¿(des) protección?* La Habana: International Press Service.
- Espina, M. (2020). *Enfoque de vulnerabilidades en la gestión de la emergencia sanitaria COVID-19 en Cuba. Inclusiones y omisiones*. Ponencia presentada en el Foro COVID-19 y sus efectos en la equidad en Cuba. La Habana, 27 y 28 de octubre.
- Guillén, A., González, S. y Duque, D. (2016). Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar Mediterráneo. En *Revista Española de Sociología*, 25 (2), pp. 261-272.
- Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución 2011-2015*. Recuperado de <http://www.cuba-crece.gob.cu/lineamientos>.
- Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución 2016-2021*. Recuperado de <http://www.cuba-crece.gob.cu/lineamientos>.
- Lora, E. (2009). La vulnerabilidad fiscal del gasto social: ¿Es diferente América Latina? En

- Revista de Análisis Económico*, 24(1), pp. 3-20.
- Martínez, J y Sánchez-Ancochea, D. (2019). *La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas*. San José: Editorial UCR.
- Martínez, J. (2007) *Regímenes de bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina.
- MEP (2020). *Actualización de estrategia económico-social para el impulso de la economía y el enfrentamiento a la crisis mundial provocada por la COVID-19*. Informe presentado en el V período de Sesiones de la ANPP. La Habana.
- MEP (2020). *Síntesis de la estrategia económico-social para el impulso de la economía y el enfrentamiento a la crisis mundial provocada por la COVID-19*. Tabloide Especial. La Habana.
- MTSS (2019). *Informe Nacional Voluntario*. La Habana.
- OIT (2001). *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Ginebra: OIT.
- OIT (2003). *Examen de los elementos fundamentales del Programa Global de Empleo*. Documento GB.286/ESP/1. Ginebra: Consejo de Administración OIT. Recuperado de <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/employment-policy/lang-es/index.htm>
- OIT (2004). *Informe Conferencia Internacional del Trabajo*. Ginebra: OIT.
- ONEI (2009-2018). *Anuario Estadístico de Cuba*. ONEI.
- ONEI (2010-2018). *Panorama económico y social de Cuba*. ONEI.
- PCC (2017). *Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista*. Recuperado de <http://www.cubacrece.gob.cu/lineamientos>
- Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030*. Recuperado de <http://www.cubacrece.gob.cu/lineamientos>
- PNUD (2019). *Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*. Nueva York: PNUD.
- Viamontes, E. (2017). Seguridad social en Cuba. En *Debates actuales sobre política social. Cuba en el contexto de América Latina y el Caribe*.

La Habana: FLACSO-Cuba;
FES, pp. 177-201.

Sitios web consultados

<https://salud.msp.gob.cu>

<https://www.worldometers.info/coronavirus/>

<https://ourworldindata.org/coronavirus-data->

www.cubacrece.gob.cu

<http://www.cubadebate.cu>

www.mtss.gob.cu

COVID-19 en República Dominicana: Una gran familia rota

Matías Bosch Carcuro

Investigador y académico. Magíster en Ciencias Sociales, mención Política y Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Director del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad APEC (República Dominicana).

Airon Fernández Gil

Investigador social. Graduado de Economía (Universidad Autónoma de Santo Domingo). Máster en Economía Agrícola (Universidad Politécnica de Madrid).

Introducción

“La fiebre no está en la sábana” es un adagio popular usado en República Dominicana y otros países para señalar que el mal no se encuentra en lo más aparente, sino que hay que profundizar para comprender dónde y cómo se origina.

La discusión acerca de las varias pandemias que confluyen en 2020, o el uso del término “síndemia” (BBC, 2020), hacen alusión a que en esta situación de salud ocurren más cosas, las llamadas “causas de las causas” cuando se habla de determinación social de la salud (Beilh, 2013) en la epidemiología crítica latinoamericana.

Aunque la crisis ha atravesado el mundo y el continente latinoamericano (CEPAL, 2020), no todas las sociedades han sido afectadas de igual modo ni han podido responder de la misma forma. El relato de la pandemia y sus males como algo exógeno al metabolismo social y a las

penurias de la gente como un *costo*, es funcional al orden establecido precisamente porque oculta sus características intrínsecas.

La economía dominicana ha presentado un ritmo de crecimiento ascendente, en los últimos 20 años, de 5% promedio anual, el cual estuvo afectado por ciertos episodios de ralentización y descenso, de manera específica entre los años 2003 y 2004, en los cuales se registró una caída fruto de la crisis financiera ocurrida en el país y, en los años 2009, 2011 y 2012, debido a los *shocks* externos.

Para quienes han administrado y han sido favorecidos con este ritmo de crecimiento, el panorama ha sido motivo de entusiasmo y celebración. Pocos días antes de declararse el estado de emergencia, el 27 de febrero de 2020, el entonces presidente Danilo Medina presentaba su discurso de rendición de cuentas ante la Asamblea Nacional y lo hacía con estas palabras:

Hoy nuestro país ocupa uno de los primeros lugares en el *ranking* regional de crecimiento del PIB, de ingresos disponibles, de inversión extranjera directa y de reducción del desempleo y la pobreza. (...) Una economía que algunos no dudan en llamar “el milagro dominicano”.

Pasamos de 60 739,9 millones de dólares en 2012 a 88 952,8 millones de dólares en 2019 (...).

De seguir la tendencia que llevamos, y no tengo dudas, porque los pronósticos es que creceremos nuevamente por encima de 5%, al terminar nuestra gestión el crecimiento acumulado será del 50%. Lo que equivale a sumar media República Dominicana a la República Dominicana que encontramos en el 2012 (Medina, 2020a).

La idea de *milagro* se parecía mucho al “Nueva York chiquito” que en 2012 el expresidente dominicano Leonel Fernández decía ver en la República Dominicana, al recorrerla por aire en helicóptero (Fernández, 2012).

Asimismo, recordaba los vótores del Banco Mundial y de la ONU junto al gobierno de Medina que, en 2016, declaraban que este se había convertido en un “país de clases medias” (MEPYD, 2015).

En su discurso de febrero de 2020, Medina añadió:

Esta cifra, señoras y señores, consolida a la República Dominicana como la mayor economía de toda Centroamérica y el Caribe y coloca nuestro PIB per cápita (en dólares, ajustado por paridad de poder adquisitivo) en la sexta posición de América Latina, superado solo por Panamá, Chile, Uruguay, México y Argentina, según el reporte Panorama Económico Mundial, del FMI.

Sin embargo, lo más importante es ver que, tras cada una de estas cifras macro, hay también beneficios tangibles para el pueblo dominicano, en forma de empleo y nuevas oportunidades.

(...) Este dinamismo en el mercado laboral ha estado acompañado por el crecimiento de los salarios reales, especialmente en los quintiles de ingresos más bajos, los cuales registraron un incremento acumulado de 33,1% entre 2013 y 2019.

(...) Todo esto se ha traducido en una reducción sin precedentes de la pobreza monetaria, que pasó de 39,7% en 2012 a 20,6% en 2019.

Eso quiere decir que un millón 800 mil dominicanos lograron superar el umbral de la pobreza en siete años y medio.

(...) Señoras y señores, reducir la pobreza de un país a la mitad en 7 años. ¡Eso es cambio! ¡Ese es el verdadero cambio!

(...) ¡en este momento la República Dominicana es uno de los países con menos desigualdad de toda América Latina! (Medina, 2020a).

Pero apenas dos días después, el 1ro. de marzo, se contabilizaba tan solo un caso de contagio de COVID-19 en República Dominicana: un ciudadano italiano, es decir, “importado”. El 17 de marzo se superaron los 20 casos, y desde ahí el crecimiento fue sostenido hasta que el día 21 de marzo se había superado la línea de 100 casos. El 25 de marzo de 2020 se registraban 392 casos.

Justo esa noche el presidente de la República, Danilo Medina, anunciaba un paquete de medidas para atender la posible crisis en la capacidad de los hogares para subsistir, evitar su asfixia financiera y preservar empleos. Así expresó Medina:

Sé que esta situación está cambiando la vida de todos. Que muchos están preocupados por sus familiares, especialmente por los mayores, que otros enfrentan estos momentos separados de sus seres queridos y que la mayoría mira hacia el futuro con más preguntas que respuestas.

Por eso quiero que estén seguros de una cosa: ¡no les vamos a dejar solos!

Vamos a superar estos tiempos difíciles y lo vamos a hacer juntos. Como lo que somos: ¡una gran familia! (Medina, 2020b).

¿Qué pasaba de repente con el milagro dominicano, la disminución de la pobreza, el aumento de la igualdad y la prosperidad magnífica? ¿Tenía base decir que la sociedad dominicana vive como

una gran familia que supera las dificultades estando junta, y que la pandemia por la COVID-19 y el estado de emergencia eran el límite temporal de las adversidades?

Un modelo económico basado en la precariedad y la desprotección

Un sistema económico puede resumirse como la estructura que tiene una economía respecto de la producción de bienes y servicios, la asignación de sus recursos y la distribución y el consumo de lo producido. Aunque un sistema económico puede analizarse a nivel nacional (considerando desde la estructura productiva hasta la estructura impositiva), lo cierto es que las economías nacionales se insertan en un sistema económico mundial, en este caso el capitalista.

En la República Dominicana se evidencia un cambio de modelo de desarrollo en las últimas décadas, pasando de un modelo agroexportador en la década de 1980, hacia un modelo comercial importador que se ha venido desarrollando en los últimos años y es incluso más dependiente del exterior (su balanza de pagos es negativa: las importaciones superan con creces lo exportado y van en desmedro de la producción local).

De acuerdo con Contreras (2007), a partir de 1990 en República Dominicana se inaugura un “nuevo modelo de inserción internacional, basado en zonas francas y turismo (...), en el marco de un auge económico en Estados Unidos que sostuvo la demanda de importaciones por confecciones textiles, y un importante crecimiento de los flujos mundiales de turismo”.

En el modelo de desarrollo de un país es tan relevante lo que se produce y cómo se produce (su matriz productiva), como la apropiación de los frutos de esa producción (los resultados

del trabajo). La relación entre capital y trabajo es el conflicto fundamental, pues hay una clara relación entre quienes tienen y quienes no: el bienestar de unos pocos se da a expensas de otros.

Si existe desigualdad, es porque existe una apropiación desigual del fruto del trabajo, de modo que es importante preguntarse cómo se distribuye el excedente social producido, y si existen mecanismos de redistribución del mismo. ¿Qué sucede con la concentración, las tasas de ahorro, la inversión y el aparato productivo? ¿Es el modelo, las relaciones sociales condensadas en este, lo que fabrica la desigualdad?

Sonia Álvarez Leguimazón, al tratar el vínculo entre el trabajo y la producción de pobreza, señala que se ha “producido una alteración profunda en la reproducción social de las personas, producto de nuevas formas de explotación y exacción del trabajo y de las reformas del Estado, generando una creciente exclusión social —aumento de la pobreza, empobrecimiento de los sectores medios, precarización del trabajo— y pérdida de derechos por el debilitamiento de la relación entre derechos sociales y ciudadanía política” (Álvarez, 2005).

Un aspecto muy relevante para valorar el crecimiento de un sistema económico es su matriz productiva. Esta se puede evaluar de manera general mirando el desempeño de tres sectores básicos: la producción de materias primas (sector primario); la elaboración de bienes industriales utilizando y transformando las materias primas (sector secundario); y el sector que se encarga de dar servicios materiales a las actividades que no sean productoras de bienes (sector servicios o no transable), encargados de dar solución para las actividades de compra y venta de los bienes producidos por los otros dos sectores.

Esto es importante para conocer en qué se basa el crecimiento económico de un país: en la producción agropecuaria y minera; en el desarrollo de una industria para abastecer al mercado interno y para la exportación; o en las actividades de servicios turísticos, financieros, de comercio, entre otros.

La bibliografía sobre el tema y la realidad de la economía mundial muestran que los países que basan su crecimiento en el desarrollo industrial (sector secundario), tienen mayor productividad debido a la incorporación de tecnología y mano de obra calificada. Por el contrario, los países que basan su economía en el sector servicios presentan un mayor estancamiento de los niveles de vida. Su aporte en la economía no genera mucha incorporación de tecnología ni de mano de obra calificada, tienen bajos niveles de productividad para el país y una dinámica de funcionamiento que va dificultando la posibilidad de mejorarla (Krugman, 1997).

En términos de cualificación laboral, el sector servicios no requiere de procesos productivos complejos y, por tanto, no precisa de mano de obra calificada ya que, a diferencia del sector primario y secundario, no produce bienes. Por tanto, si un país tiene la mayor parte de su población trabajando en el sector servicios y además presenta un sector importador con un gran peso en la economía (como es el caso de República Dominicana), significa que esa población no participa de los procesos más complejos de la producción, empleando mano de obra barata y redistribuyendo una parte pequeña de las ganancias que genera el sector, pues la producción de los bienes se queda en los propietarios de la misma (capitalistas extranjeros) y los dueños de las líneas de distribución (Bosch, 2013).

Esto, además, se complementa con el concepto de economía rentista, donde el mayor peso lo tienen los sectores de acumulación

de renta sobre la base de precios de productos en la esfera de la circulación, la intermediación financiera, y con bienes fundamentales y altamente concentrados, como la tierra.

Un concepto central que Hidalgo sitúa en el análisis de lo que llama *modelo multi-exportador* —implantado en América Latina mediante el *modelo de desarrollo de reformas de ajuste estructural*—, es el de “competitividad espuria”, relacionado directamente con el estatus del trabajo en la dinámica de producción flexible y concentración del excedente. A su juicio: “las exportaciones se basan en mercancías y servicios de bajo valor agregado y bajo contenido tecnológico”; en ello gravitan la “escasa retribución del factor trabajo y la escasa articulación productiva de las actividades exportadoras, que no demandan otras producciones nacionales, sino insumos extranjeros”, mientras que “el mantenimiento de los salarios en niveles tan bajos favorece la apropiación del excedente generado en la región por la vía comercial” (Hidalgo, 2005).

Respecto a la relación entre el desarrollo de la acumulación capitalista y las condiciones de vida de la población, es importante el planteamiento de Carlos Marx, quien en *El capital* habló acerca de la sobrepoblación relativa y la población excedente:

La acumulación capitalista produce de manera constante, antes bien, y precisamente en proporción a su energía y a su volumen, una población obrera relativamente excedentaria, esto es, excesiva para las necesidades medias de valorización del capital y por tanto superflua.

La población obrera, pues, con la acumulación del capital producido por ella misma, produce en volumen creciente los medios que permiten convertirla en relativamente supernumeraria¹.

1 Aquí Marx se refiere al capital constante en la composición orgánica del capital.

Pero si una sobrepoblación obrera es el producto necesario de la acumulación o del desarrollo de la riqueza sobre una base capitalista, esta sobrepoblación se convierte, a su vez, en palanca de la acumulación capitalista, e incluso en condición de existencia del modo capitalista de producción. Constituye un ejército industrial de reserva a disposición del capital, que le pertenece a este tan absolutamente como si lo hubiera criado a sus expensas (Marx, 2015).

Esta población se va constituyendo en descartable, en términos del capitalismo global, y sobrevive entre la fuerza de trabajo sobreexplotada y también como población fuera de ella a corto y mediano plazo, ligada al Estado mediante los programas de subsidios pírricos a la miseria², establecidos mediante la calificación/descalificación y “pruebas de medios”, en una versión de las leyes de pobres, precaria y actualizada por la *intelligentsia* de los organismos internacionales. Son aquellos y aquellas que cumplen con las mediciones de calificación producidas por la versión neoliberal de aquellas leyes, combinadas con clientelismo y paternalismo, y que están sometidos a recoger las migajas que caen de la mesa que ellos mismos contribuyen a sostener, preparar y servir, bajo el dulce nombre de la “solidaridad”.

Posiblemente el propio Marx (2010) ayude a comprender más y mejor de qué se habla cuando en *El capital* comenta los diferentes grupos que conforman a la sobrepoblación relativa: la fluctuante, la latente y la estancada.

2 El Estado aparece “protegiendo” con un menú de subsidios (bonos e incentivos) como transferencias de montos mínimos condicionadas a la asistencia a la escuela, al centro médico, charlas formativas, capacitaciones, controles prenatales, el calendario de vacunas, etc., Además existen los bonos por adultos mayores, el incentivo (auxilio en gastos) del Ministerio de Educación Superior para gastos en la universidad estatal, el bono para pago del gas, el bono para el pago de la energía eléctrica, etc. “Quédate en Casa” sería un nuevo subsidio de dos meses para la emergencia ante COVID-19.

Valdría la pena recuperar lo dicho por Marx respecto a la última, la cual según él “constituye una parte del ejército obrero activo, pero con ocupaciones en extremo irregulares” que “proporciona al capital un fondo inagotable de fuerza de trabajo disponible”, más la parte de la sobrepoblación relativa que el autor llama la “esfera del pauperismo”, compuesto por personas aptas para el trabajo, los huérfanos e hijos de indigentes, personas degradadas para trabajar y lumpemproletariado. Mirando el capitalismo del siglo XIX desde donde escribe y explica sus leyes, expresa el autor:

El pauperismo constituye el hospicio para los inválidos del ejército obrero activo y el peso muerto del ejército industrial de reserva. Su producción va implícita en la producción de sobrepoblación relativa, su necesidad, en la necesidad de esta; con ella conforma una condición de existencia de la producción capitalista y del desarrollo de la riqueza. El pauperismo pertenece a los gastos improductivos de la producción capitalista, pero el capital sabe sacudirlos en su mayor parte de sus hombros y cargarlos sobre los de la clase obrera y la pequeña clase media.

(...) La fuerza productiva de trabajo disponible se desarrolla por las mismas causas que la fuerza expansiva del capital. La magnitud relativa del ejército industrial de reserva crece, pues, simultáneamente con las potencias de la riqueza. Pero cuanto mayor sea este ejército de reserva en proporción al ejército obrero activo tanto más abundante será la sobrepoblación consolidada, cuya miseria se encuentra en razón directa al tormento de su trabajo (...) (Marx, 2010).

Características del modelo económico y social dominicano en los últimos años

El alto crecimiento dominicano tiene uno de sus pilares en el aumento sostenido del gasto público (sobre todo gasto corriente), muy por encima de los ingresos públicos sin suficiencia tributaria, lo que ha llevado sucesivos déficits fiscales que tienen que financiarse con deuda pública, la cual a 2018 representaba casi el 50% del PIB, cuando en 2000 representaba solo el 18%. Un importante costo de esta estrategia de crecimiento es que el pago de intereses sobre la deuda pública ya ha superado el 20% de los ingresos tributarios.

En esta sección se recogen, de forma condensada, hallazgos de los estudios de la Fundación Juan Bosch (2015), Bosch, Fernández y García (2019a) y Bosch, Fernández y García (2019b).

La estructura tributaria ha sido tradicionalmente injusta. Para 2016 la presión tributaria de República Dominicana era de 13,8%, una de las más bajas de América Latina y el Caribe, solo superada por la de Guatemala. La baja presión tributaria ha estado relacionada con evasión de los impuestos sobre la renta de las empresas y personas físicas que, según la CEPAL, eran de 68,9% y 51,8% en 2009, respectivamente (CEPAL, 2017). De igual modo se tenía una evasión del impuesto al valor agregado (IVA), que en 2014 se ubicaba en el orden del 38,6% (CEPAL, 2017). Otra vía han sido las exenciones tributarias que no tienen justificación, las cuales, según el Ministerio de Hacienda, solo como exenciones al impuesto sobre la renta de las empresas se estimaron en casi 19 600 millones de pesos en 2016 (Ministerio de Hacienda, 2017).

Finalmente vale destacar que para ese año casi dos tercios de los ingresos tributarios se recaudaban por la vía de impuestos indirectos, lo cual generaba una estructura tributaria muy regresiva,

sostenida sobre la base de cobrar más impuestos a la población de menores ingresos.

La balanza comercial es históricamente deficitaria, lo que ha dado pie a un modelo importador de bienes tradicionales y manufacturados que se viene consolidando año tras año. Este déficit se financia principalmente con las divisas generadas por el turismo, las remesas y las zonas francas.

Precariedad en el empleo

El crecimiento económico dominicano ha estado compuesto fundamentalmente por una alta participación del sector servicios, en detrimento de la participación los sectores industrial y agropecuario.

Según estadísticas del Banco Central, entre 2014 y 2017 se crearon 380 608 empleos, de los cuales el 53% (201,813) se generó en el sector formal, y el restante 47% en el informal. Igualmente en dicho período la población económicamente activa (PEA), es decir, de 15 años o más, aumentó en 224 595 trabajadores, es decir, esta cantidad de personas ingresó al mercado de trabajo durante esta etapa.

Así el número de empleos netos generados sobre el crecimiento natural de la PEA fue de 156 012. Esto llevó a que la tasa de desempleo, situada en 15,8% en 2014, se redujera a 12% en 2017, para una disminución de 24%. Sin embargo, este nivel de la tasa de desempleo se siguió ubicando en un nivel muy elevado, pues más de 600 000 dominicanos buscaban empleo o estaban disponibles para emplearse, pero no lo lograban.

La gran mayoría de los empleos se ha creado en el sector servicios, en actividades económicas que por lo general generan poco valor agregado y no requieren mano de obra calificada. Incluso

en el sector industrial, que por lo general es de mayor productividad y genera puestos de trabajo de mayor calidad, se destruyen empleos.

No es extraño que un modelo de crecimiento, rentista e improductivo como este, requiera principalmente de una fuerza de trabajo poco calificada y con sueldos que en su mayoría no alcanzan para asegurar las condiciones de su reproducción (sobrevivir en condiciones mínimas requeridas y sostener a su descendencia).

En 2017, de un total de 4 179 290 ocupados en el país, la mayoría tenía solo educación primaria o secundaria, una minoría poseía educación universitaria y un 4% de la población ocupada no tenía ningún tipo de educación formal.

El alto nivel de informalidad que presenta la economía dominicana se encuentra fuertemente relacionado con que, en la mayoría de los grupos ocupacionales, los ingresos pagados en el sector informal son mayores que los del sector formal. Por otro lado, solo los ocupados con nivel universitario perciben mayores ingresos en la formalidad que en la informalidad, mientras la gran mayoría de los ocupados tiene solo educación primaria o secundaria.

De acuerdo con datos del Banco Central, para el año 2016 el promedio nacional de ingreso por hora era más alto para el sector formal que para el informal (RD\$95,37 *versus* RD\$68,79). Sin embargo, haciendo una desagregación por rama ocupacional se constata que en la mayoría de los casos el ingreso del sector informal supera al formal.

Un estudio realizado por el propio Banco Central en 2014 concordó con este hallazgo. En él se destacó que: “si se calculan las remuneraciones (promedio ponderado) en el sector informal de estos trabajadores considerando las horas trabajadas, se comprueba

que, en promedio, prácticamente en la totalidad de los casos sus ingresos son mayores que los pagados en iguales grupos ocupacionales del sector formal. Esto contrasta con las afirmaciones del empresariado de que los trabajadores formales ganan más que los informales” (Banco Central, 2014a)³.

El estudio también argumentaba que, debido a los bajos salarios que paga el sector formal, se mantienen los altos niveles de informalidad, y son los trabajadores por cuenta propia quienes mayor peso tienen, concentrados principalmente en el comercio informal, el transporte y los servicios. De hecho “aparentemente, a una gran proporción de los cuentapropistas les conviene más permanecer en la informalidad luego de realizar un análisis de costo-beneficio, comparando los bajos ingresos potenciales y beneficios a recibir en el sector formal, dadas sus habilidades y destrezas, con aquellos que podrían recibir dentro de la informalidad, trabajando incluso menos horas” (Banco Central, 2014b).

Por niveles de educación, los ingresos promedio por hora eran más altos para el sector informal en todos los niveles, menos en el de universitarios, donde los formales ganaban en promedio casi un 37% más por hora trabajada.

Por otro lado, por una combinación del carácter rentístico-improductivo de la economía junto con aquella tendencia que Marx analizó al estudiar la acumulación del capital y la superpoblación relativa, la economía parece requerir un trabajo menos calificado y escaso.

3 Este se realizó en el contexto de las discusiones sobre una posible reforma del código y tuvo como objetivo refutar las argumentaciones del sector empresarial, el cual abogaba por una flexibilización laboral que “genere oportunidades” para formalizar trabajadores, ya que estos obtendrían seguridad social y mayores ingresos.

La Tasa Global de Participación (TGP) es un indicador de empleo construido para cuantificar el tamaño relativo de la fuerza de trabajo de una economía, por medio de la comparación entre la población económicamente activa (PEA) y la población en edad de trabajar (PET); así la TGP es igual a PEA / PET , donde la PEA comprende los ocupados y desocupados (abiertos y ocultos).

Esta tasa se ha mantenido relativamente estable desde 2000, moviéndose alrededor del 65%, lo que dice que la población inactiva en la economía dominicana ha rondado el 35%, y es significativamente menor la participación de las mujeres en la PEA.

En cuanto a la desocupación, en el país hay dos maneras de medirla: estas son la desocupación abierta y la ampliada. La Tasa de Desocupación Ampliada (TDAm) mide la población desocupada abierta, que se encuentra buscando trabajo, más aquellas personas que no buscaron empleo, pero aceptarían trabajar si se lo ofrecieran.

La tasa de desempleo ampliada prácticamente ha duplicado la tasa de desempleo abierta, manteniendo valores altos, y ninguna de las dos se ha visto reducida de manera significativa en los últimos años, pese al continuo crecimiento de la economía.

A partir de esto se puede afirmar que el país cuenta con un “desempleo estructural” alto, es decir, de largo plazo o involuntario, que no disminuye ni desaparece mediante simples medidas de ajuste económico. Este desempleo estructural corresponde técnicamente a un desajuste entre oferta y demanda de trabajadores. A diferencia del desempleo estacional y el desempleo friccional, el estructural es permanente, pues no depende del tiempo sino de la capacidad de absorción de fuerza de trabajo que tiene el capital constante (Cajas, 2011). Las personas buscan trabajo infructuosamente o bien

dejan de buscar, pero siguen disponibles, aunque al final es una espera frustrante sin resultados exitosos.

Comportamiento de los salarios y condiciones de vida

Históricamente los salarios reales de los trabajadores y trabajadoras en República Dominicana no son ajustados por la inflación acumulada ni se compensan por el incremento de la productividad del trabajo. Por lo tanto, se reducen o, en el mejor de los casos, prácticamente se estancan.

Hasta los datos registrados en 2017, el ingreso real promedio de los trabajadores se mantenía inferior en un 20% al que prevalecía en 1999. Por otro lado, casi todo el incremento de la productividad del trabajo era apropiado por el capital, ensanchándose cada vez más la brecha entre la productividad y el ingreso real de los trabajadores.

En este sentido, la participación de los trabajadores en el producto de su trabajo ha sido cada vez menor. Las mayores caídas de la participación se han producido en las actividades económicas más productivas (industriales) y donde, por ende, más ha crecido la productividad del trabajo.

Este fenómeno se ha producido no solo a nivel general, sino que ha podido verificarse en cada uno de los sectores económicos, sobre todo en aquellos donde los trabajadores son más productivos, reforzando la afirmación de que existe una asimetría de poder que conduce a condiciones de vida deprimidas en favor del capital.

La productividad ha crecido sostenidamente en los últimos años. Sin embargo, todo indica que partir de 2005 prácticamente el incremento de la productividad del trabajo ha sido traspasado a los empresarios, es decir, estos se han quedado con todo el crecimiento del “pastel” económico, en perjuicio de los trabajadores.

La brecha productividad-ingreso reviste gran importancia desde el punto de vista socioeconómico, es decir, para la reducción de la pobreza y la desigualdad social, ya que lejos de aumentar los ingresos reales de los trabajadores conforme crece su productividad, estos disminuyen o se mantienen estancados, lo cual ha reducido su poder adquisitivo mientras aumenta el costo de la vida. Además, ha conducido a que el trabajador sea, cada vez más, pagado por debajo de su productividad. Ello sugiere que se ha generado una considerable transferencia de ingreso y riqueza del trabajo al capital, que contribuye a fortalecer la desigualdad socioeconómica, consistente en concreta injusticia social continuada y aumento de la acumulación en pocas manos.

Los salarios mínimos establecidos en el país en general son muy bajos, verdaderos *microsalarios*, ya que de 22 salarios mínimos mensuales legales identificados (cantidad evidentemente alta y que permite a las cúpulas de los sectores económicos mantener decisiones capturadas y alto margen de maniobra para mover el salario como variable de ajuste), solo dos superaban en 2018 la canasta familiar nacional y catorce de ellos se encontraban por debajo del costo de la canasta familiar del 20% de hogares de menores ingresos (primer quintil). Se usa el término *microsalarios*, tomando como referencia los trabajos de la Fundación Sol (Chile), para designar salarios mínimos tan bajos que no permiten la subsistencia mínima ni la prosperidad de personas y familias, y en realidad son mínimos para proteger los bajos costos empresariales, en lugar de estar pensados para su sentido originario, es decir, garantizar niveles básicos de dignidad en la economía capitalista.

Profundizando más en esta situación, según un análisis realizado a los microdatos de la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (2017), el 80% de los encuestados decía percibir

ingresos por debajo del costo de la canasta del tercer quintil de ingresos, y el 60% reconocía percibir ingresos por debajo del costo de la canasta del primer quintil.

Estos hallazgos fueron válidos para el análisis desagregado en términos de género, edad, formalidad e informalidad, categoría y grupo ocupacional, lo cual arrojó que la gran mayoría de los ocupados eran parte de la clase trabajadora y obtenían ingresos por debajo del costo de la vida, es decir, vivían en condiciones de sobreexplotación.

Cuando se analizan los datos de la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo del 2016, una forma de constatar las graves condiciones de vida de la clase trabajadora ha sido el indicador de la Línea de Pobreza Laboral: a partir de los datos de 2016, considerando el ingreso laboral de la ocupación principal per cápita por hogar y las personas dependientes en el mismo, se encontró que el 47% de los dominicanos y dominicanas se ubicaban por debajo de la Línea de Pobreza Laboral.

Una guerra de baja intensidad con altos sacrificios

En este contexto, a pesar del importante recorrido histórico que ha significado para la clase trabajadora dominicana haber conquistado una serie de derechos en el Código de Trabajo, muchos de estos parecieran estar establecidos solo formalmente.

La clase trabajadora dominicana no goza de las garantías reales que debe ofrecer un Estado social y democrático de derecho. La operatividad de varios supuestos normativos resulta ser prácticamente una ficción jurídica. Gran parte de las cúpulas empresariales dominicanas considera una “amenaza”, por parte del trabajador, el mero ejercicio de los derechos laborales.

En buena medida esta guerra de baja intensidad se ha propuesto extinguir la libertad sindical. La sindicalización hacia 2017 seguía extremadamente baja (no superaba el 6% de los encuestados en la ENCFT de ese año). Los niveles escasos de sindicalización implican una limitante fundamental para operativizar los derechos consignados en el Código de Trabajo de nuestro país. Indudablemente la percepción del sindicato como “amenaza” por parte de los empleadores, se convierte en un aparato de goteo selectivo de las garantías posibles, a los ojos de estos, y en una limitación importante para ejercer derechos en la República Dominicana.

Como en otros países de la región, a menudo la informalidad es uno de los principales argumentos que utiliza el sector privado para llevar a cabo una “flexibilización” del código laboral, a través de una reforma que tendría como objetivo desposeer a los trabajadores aún más de los pocos derechos que tienen con el actual Código.

Los motivos que argumenta el sector privado son que el Código actual genera “sobrecostos excesivos” para empresas que se ven impedidas de contratar o se ven obligadas a despedir empleados. El sector gran-empresarial manifiesta que agregando “libertad” al mercado de trabajo, se generarían más puestos de trabajo y, por tanto, aumentaría la formalidad, como si esta fuera una solución para obtener oportunidades de movilidad social por medio de un salario digno. Posiblemente la pandemia y las consecuencias de las medidas adoptadas y no adoptadas, sean aprovechadas de forma oportunista para retomar la ofensiva con esta agenda.

Pero, a la luz de los datos expuestos ¿es la formalización “la solución” para los trabajadores informales? ¿Qué relación existe entre los ingresos de los trabajadores formales e informales?

Por último, el modelo de crecimiento ha ido acompañado de un deterioro o estancamiento de los indicadores sociales. La incidencia de tuberculosis era, hasta hace dos años, un 46% mayor que el promedio registrado en América Latina y el Caribe, incluso la tasa de detección de esta enfermedad es relativamente baja cuando se compara con la que promedia la región. HealthStats (2016) define esta incidencia como el número estimado de casos de tuberculosis nuevos y recurrentes que surgen en un año determinado, expresado como la tasa por 100 000 habitantes, e incluye todas las formas de tuberculosis, incluidos los casos en personas que viven con el VIH.

La tasa de detección de casos de tuberculosis (todas las formas) es el número de casos de tuberculosis nuevos y recurrentes notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un año determinado, dividido por la estimación de la OMS del número de casos de tuberculosis incidente para el mismo año, expresado como un porcentaje.

Por otro lado, según el Atlas Mundial de la Fuerza Laboral Sanitaria de la OMS, en 2017 América Latina tenía 2,3 médicos por cada 1 000 habitantes, y en la actualidad el país cuenta con solo 1,5. En 2018 en el continente había 5,1 enfermeras por cada 1 000 habitantes y en el país solo existía 1,4. En 2014 el número de camas por cada 1 000 habitantes en la región era 2,2, mientras en República Dominicana actualmente es apenas de 0,8.

Según la propia OMS, en 2019 República Dominicana tuvo la tasa de mortalidad infantil de menores de un año más alta entre 19 países de la región. Con una tasa de 23,5 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, la nación supera por mucho el promedio de los países seleccionados y se ubica en el lugar 13.

En lo que respecta a la mortalidad materna, según la OMS en 2017 República Dominicana ocupaba el puesto 15 entre 19 países de la

región, con una tasa de 95 muertes maternas por cada 100 000 niños nacidos vivos, lo cual supera por mucho el promedio regional de 69.

Para esto hay dos explicaciones clave que no son la mala suerte ni la falta de recursos. Una es la baja inversión pública, que se traduce en insuficiencia de personal, condiciones laborales, infraestructura, equipos e insumos.

El Estado dominicano invirtió solo el 1,75% del PIB en salud en 2019 y, debido a los gastos extras en la pandemia, este porcentaje se elevó a 2,7% en 2020. Sin embargo, para 2021 se ha propuesto invertir solo 2,2% (Ministerio de Hacienda, 2020). En 2018, según CEPAL, República Dominicana fue el penúltimo país en menor gasto público en salud con un 1,7%, mientras el promedio regional fue de 4% (CEPALSTAT, 2018).

Asimismo, la calidad de la educación se situaba entre las más bajas del mundo, según mediciones internacionales, y la bajísima inversión pública en vivienda ha traído como consecuencia que el déficit habitacional se sitúe en más de dos millones de viviendas en 2015 (Ciudad Alternativa, 2015).

Privatización de la salud y las pensiones

El exvicepresidente dominicano, Rafael Alburquerque, acuñó la frase de que en República Dominicana se estaba gestando un *negocio seguro* en lugar de seguridad social, cuestión que ha hecho pública en varias intervenciones sobre el tema.

El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) dispusieron de 120 millones de dólares a manera de préstamo para la instauración de un nuevo modelo de seguridad social en República Dominicana, por lo cual nació oficialmente la Comisión Tripartita para la Reforma del Seguro Social (COTRESS), el

organismo que impulsó en el país la reforma del sector salud sobre la base de préstamos.

El gobierno de 1996-2000 utilizó los mencionados 120 millones de dólares, que fueron invertidos en pagos a consultores, expertos y asesores, quienes vinieron a impulsar esa reforma a la seguridad social que se venía haciendo en América Latina, fundamentalmente después del primer ensayo en Chile.

Tras recorrer un largo camino de proyectos en disputa, movilizaciones, discusiones y propuestas, en el año 2001, con un nuevo gobierno, frente al proyecto de ley que el anterior gobierno había sometido a las cámaras legislativas, el Senado de la República recibió un proyecto normativo diferente. Ambos proyectos eran totalmente antagónicos: el primero proponía un sistema de pensiones sustentado en el modelo de reparto y el nuevo ofrecía un modelo de capitalización individual.

Con la Ley General de Salud y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social, ambas de 2001, se transformaron la concepción y distribución de las funciones de rectoría, organización, administración y prestación de la previsión social y los servicios de salud, y se instituyeron las formas y condiciones de acceso.

Las Administradoras de Fondos de Pensiones, como empresas privadas y financieras, anteponen —y se podría hasta decir que con toda lógica— el fin de lucro al bienestar social, contrario a todo principio básico de Seguridad Social. La capitalización individual, al tratar legalmente el ahorro del trabajador y el empleador como un ahorro financiero, puede disponer de este para todos los fines tradicionales de la banca, incluyendo prestar dinero, que es su principal actividad, en lugar de propiciar desarrollo y crecimiento de los fondos para fines distributivos, y no garantizar jamás una tasa de reemplazo

determinada y, por supuesto, digna. Además, la capitalización individual se contrapone radical y esencialmente con el principio de solidaridad en Seguridad Social: no existe solidaridad como criterio rector ni entre niveles de edad ni entre niveles de ingresos.

Por otro lado, se incorporó el aseguramiento en salud con pretensión de universalidad, “en función de la modalidad de inserción en el proceso productivo; es decir, el trabajador asalariado se encuentra en el Régimen Contributivo”, y “aquel grupo de población que no tiene capacidad de contribuir, por no tener ingresos o por ser estos inferiores al salario mínimo, se inserta a través del Régimen Subsidiado a cargo del Estado [...]” (Suárez, 2009), o sea, se logra una universalización *ad hoc*, fragmentada en lógicas de financiamiento.

Mientras, los servicios públicos se drenan cada vez más de los recursos indispensables, y las personas son segmentadas en categorías o castas, según su empleo y sus ingresos, para acceder a la salud como bien de consumo, curativo y ligado a la enfermedad, en un modelo de “sálvese quien pueda”. El régimen de aseguramiento está estructurado y funciona con el objetivo de garantizar, a las aseguradoras privadas, altas y estables rentabilidades sobre sus patrimonios mediante el establecimiento de impuestos obligatorios a trabajadores y empleadores. De esta manera, las empresas privadas dedicadas a administrar los riesgos de salud quedan exentas de riesgo para sí mismas.

Esto tiende a hacer inviable una oferta pública suficiente, digna y de calidad; y, en la práctica, se ha convertido la salud en una mercancía para el lucro privado, que discrimina según la condición individual o familiar, en lugar de un derecho fundamental para el bienestar de los dominicanos.

Realidad económica, laboral y de seguridad social inmediata antes del estado de emergencia

Según datos del Banco Central, el sector servicios es el que mayor participación tiene en el PIB (60%). Su participación en la economía siempre ha sido importante. Sus principales ramas son comercio, transporte y almacenamiento, actividades inmobiliarias y de alquiler, hoteles, bares y restaurantes y otras actividades de servicios de mercado, las cuales en conjunto representan el 40,5% del PIB.

El sector industrial dominicano representa en la actualidad el 28% del PIB. Este se caracteriza por tener una industria liviana, baja en tecnología y mano de obra poco calificada. Las actividades de construcción y manufactura local son las de mayor participación, con 12% y 10,6% del PIB, respectivamente.

Con el cambio de modelo económico que ha venido experimentando la República Dominicana en las últimas décadas, basado fundamentalmente en el crecimiento del sector terciario (servicios, turismo, etc.) de la economía, y con carácter improductivo, rentista e importador, el sector agropecuario ha seguido perdiendo peso en la economía.

En 1991 la participación de este sector en el PIB era de 12,5%, y sistemáticamente se ha ido reduciendo a lo largo de casi tres décadas, para solo representar en 2019 el 5,2% del PIB. Esto ha traído como consecuencia que, a lo largo de las tres últimas décadas, el valor de la producción en general haya crecido más rápido que el valor agregado del sector agropecuario. Entre 1991 y 2019, el valor real del PIB se incrementó en un 154%, mientras que el valor real de la producción agropecuaria creció un 118%.

Los aportes al PIB, tanto del sector agropecuario como de la industria, han disminuido notablemente en las últimas décadas. De

hecho, para fines de los años setenta, el sector agropecuario era tan importante que aportaba el 25% del PIB nacional, generaba el 80% de las divisas provenientes de las exportaciones de bienes, empleaba el 40% de la mano de obra y generaba al Estado el 40% de sus ingresos (Senci3n Villalona, 2014, citado en Fundaci3n Juan Bosch, 2015).

Hasta el inicio del estado de emergencia, la economía dominicana continuaba padeciendo una alta tasa de informalidad del empleo que abarcaba, entre enero y marzo de 2020, al 55% de la poblaci3n ocupada; porcentaje que, si se le suman los subocupados por insuficiencia de horas, se elevaba al 60%. No se crean suficientes empleos formales para reducir considerablemente la informalidad, puesto que esta última representaba hace 5 años el 57,1% del empleo total. En diciembre de 2019 se contaban 2 582 790 informales y 228 876 subocupados frente a 2 299 463 formales.

Por otro lado, solo el 51,5% de las mujeres en edad de trabajar estaban econ3micamente activas, mientras que en los hombres lo está el 76,3%, lo que da cuenta de una menor participaci3n de las mujeres en la economía.

En marzo de 2020 el sector servicios concentraba el 74% de la poblaci3n ocupada perceptora de ingresos, cuando en 2015 empleaba al 65%; el comercio y otros servicios juntos representaban casi el 40% de la poblaci3n ocupada, ramas que por definici3n son poco productivas y donde por lo general no se requiere de mano de obra calificada.

Mientras tanto, el empleo en el sector industrial creci3 ligeramente entre 2015 y 2020, de 8,9% a 10,6% del empleo total, respectivamente. Sin embargo, la poblaci3n ocupada en el sector agropecuario ha venido reduciendo su participaci3n en la poblaci3n ocupada total: tan solo en los últimos 5 años, pas3 de 9,1% (418 334) a 8,5% (392 418).

En cuanto al desempleo, la tasa de desempleo ampliada es más del doble de la tasa de desempleo abierta, y ninguna de las dos se ha visto reducida de manera significativa en los últimos 20 años, pese al continuo crecimiento de la economía que, como se ha señalado, promedia el 5% en las últimas dos décadas. A pesar del fuerte crecimiento económico de los últimos 5 años (6,1%), la tasa desocupación abierta se redujo de 7,5% a 5,7%; mientras que la ampliada solo cayó del 14,3% al 13,1%.

En marzo de 2020 se mantenía el “desempleo estructural” alto, de largo plazo o involuntario, que no disminuye ni desaparece mediante simples medidas de ajuste económico. Como se dijo antes, el desempleo estructural corresponde técnicamente a un desajuste entre oferta y demanda de trabajadores. A diferencia del desempleo estacional y el desempleo friccional, el desempleo estructural es permanente.

Por otro lado, los ingresos del trabajo son ineficientes para cubrir el costo de la vida. El ingreso promedio mensual corriente (RD\$19 589) era un 36,5% inferior a la canasta familiar promedio (RD\$30 832). Esta diferencia es mayor para los informales (-49%) y las mujeres (-44%) (ver Tabla 1).

El poder adquisitivo de los salarios antes de iniciar el estado de emergencia era menor que los que se pagaban hace 20 años. Para que se tenga una idea, en 2019 el ingreso laboral real promedio mensual a nivel nacional es un 7,3% inferior al que se percibía hace dos décadas, o sea, permitía comprar el 92,7% de los bienes y servicios que se podían adquirir en el año 2000.

Asimismo, en general existe y se mantiene una brecha entre la productividad de los trabajadores y los salarios que reciben. Este fenómeno se ha producido no solo a nivel nacional sino también,

unos más otros menos, a nivel de todos los sectores económicos, sobre todo en aquellos donde los trabajadores son más productivos.

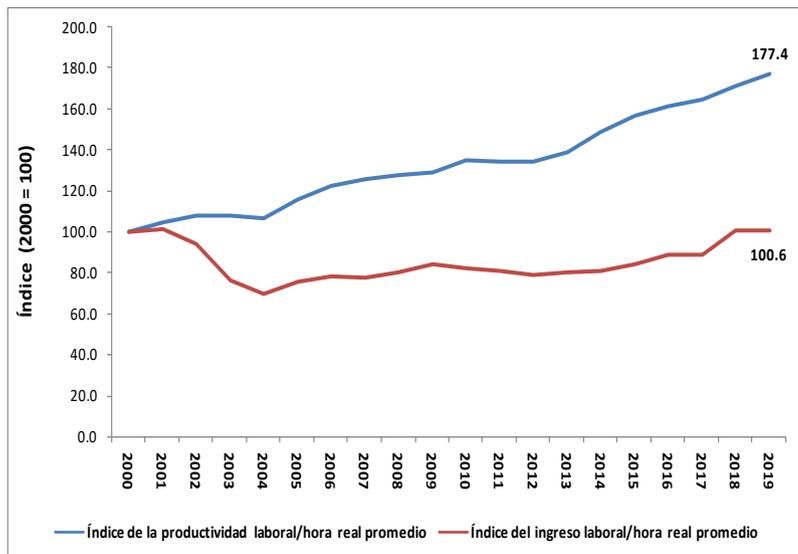
Tabla 1. Ingreso promedio mensual vs. canasta familiar promedio (RD\$)

| Año | Canasta familiar promedio | Ingreso promedio mensual (IPM) | IPM del sector informal | IPM de mujeres | Diferencia % entre IPM y canasta familiar promedio | Diferencia % entre IPM de informales y canasta familiar promedio | Diferencia % entre IPM de mujeres y canasta familiar promedio |
|------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------|--|--|---|
| 2014 | 27 657 | 14 449 | 11 793 | 12 561 | -47,8 | -57% | -54,6 |
| 2015 | 27 867 | 15 139 | 12 567 | 13 252 | -45,7 | -55% | -52,4 |
| 2016 | 28 312 | 16 223 | 14 441 | 13 889 | -42,7 | -49% | -50,9 |
| 2017 | 29 245 | 16 849 | 14 315 | 14 692 | -42,4 | -51% | -49,8 |
| 2018 | 30 290 | 19 212 | 15 423 | 17 193 | -36,6 | -49% | -43,2 |
| 2019 | 30 832 | 19 589 | 15 772 | 17 271 | -36,5 | -49% | -44,0 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de estadísticas del BCRD.

En los últimos 20 años, la productividad laboral por hora ha crecido un 77%, mientras que en el mismo lapso el ingreso laboral promedio real por hora es prácticamente el mismo. Todo indica que en general el incremento de la productividad del trabajo ha seguido siendo traspasado a los empresarios, es decir, estos se han quedado con todo el crecimiento del “pastel” económico, en perjuicio de los trabajadores (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de la productividad laboral* y el ingreso real*, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del Banco Central.

* La productividad media del trabajo por hora trabajada es el producto medio que cada trabajador produce en una hora de trabajo, se calcula dividiendo el PIB real (año de referencia 2007) entre el total de horas trabajadas durante el año por la población ocupada.

** El ingreso medio real por hora trabajada es el ingreso medio por hora trabajada suministrada por la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (tradicional y continua) del Banco Central, deflactada por el Índice de Precios al Consumidor (IPC), de año base 2010.

En cuanto a la protección social, cuando se examina la evolución del gasto en salud, se observa a partir del 2008, por un lado, un bajo y estancado financiamiento del gobierno; y, por el otro, unos altos y crecientes montos destinados al aseguramiento y al pago directo de los hogares.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB se estima en 6,1%. Sin embargo, lo pagado directamente por los hogares y el correspondiente a lo gastado por aseguramiento es de 2,6% y 2%, respectivamente; y solo el 1,2% corre a cuenta del gobierno. La formación bruta de capital en el sector salud representa solo el 0,3% del PIB.

En la actualidad hay más de 3,7 millones de afiliados al llamado régimen subsidiado de aseguramiento que, sumados a los más de 4,2 millones del régimen contributivo, da un total de casi 8 millones de personas que dependen de los seguros para tener acceso a salud, el cual, a su vez, dependerá del tipo de empleo, del nivel de ingreso, en definitiva, de su estatus socio-económico. Así a los más de 3,7 millones de afiliados al esquema subsidiado les corresponde un monto dispersado per cápita mensual (cápita) de solo RD\$220 38; mientras que a los del contributivo se les asigna una cápita de RD\$1 038 40, es decir, más de un 370% mayor.

Los paquetes de cobertura en riesgos de salud son insuficientes y demuestran que lejos de financiar derechos y funcionar bajo la lógica solidaria de un sistema de seguridad social, atan los accesos a servicios en la fase curativa y restaurativa y según el nivel de ingresos de las personas, además de atender el riesgo individual y no los derechos colectivos, en discordancia con la Constitución dominicana. Un número importante de personas adquiere paquetes complementarios para aumentar su cobertura, lo cual también le exige más egresos.

Por esto mismo el gasto de bolsillo sigue ocupando la mayor proporción del financiamiento a la salud (45% del gasto corriente en salud), y esta se ha mantenido prácticamente inalterable durante los últimos 10 años. La promesa de que el aseguramiento iría acompañado de una disminución del gasto del bolsillo es otra de

las consignas desmentidas por los hechos, constatados incluso por expertos afines a este modelo.

A su vez, este mecanismo de aseguramiento que permite ingentes ganancias para las intermediarias financieras que administran los recursos, se ha convertido en un fabuloso mecanismo de apropiación privada del dinero de la salud: 93% de lo que se paga en el Régimen Contributivo y 48% de lo que se paga en el Régimen Subsidiado termina en prestadores privados de la industria médica y farmacéutica.

En cuanto al sistema de pensiones, en República Dominicana predomina un régimen de administración privada y capitalización individual en manos de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Si bien en los últimos años ha aumentado la afiliación al sistema de pensiones, el porcentaje de los que cotizan (densidad de cotizantes) ha venido cayendo con el tiempo: de 58,5% en 2003 a 47,6% en 2019, es decir, prácticamente 1 de cada 2 personas no cotiza en el sistema. En el caso de las AFP, que concentran la mayor cantidad de afiliados, la densidad de cotizantes es de solo el 46,5%.

Solo un 38,4% de la Fuerza de Trabajo (1 924 919) está cubierta con cotizaciones efectivas, porcentaje que es claramente muy bajo. Esto es así, porque el modelo de pensiones impuesto, donde los beneficios están fuertemente vinculados al tipo de empleo y al nivel de los salarios, no se ajusta a la realidad socio-laboral dominicana y resulta fallido para la equidad social.

Casi el 60% de las solicitudes de pensiones por sobrevivencia se han negado, así como también se ha rechazado el 24% de las solicitudes de pensiones por discapacidad. Asimismo, el monto promedio de una pensión por sobrevivencia es de RD\$11 303 (213, 5 dólares); y el de las pensiones por discapacidad a RD\$12 477 (236 dólares), con una canasta familiar que asciende a los RD\$31 443 (594 dólares).

Ambos montos incluso son inferiores al costo de la canasta familiar del 20% más pobre (RD\$14 477). Por otro lado, al 94% de los que habían solicitado su pensión por ingreso tardío se les ha devuelto el saldo en su cuenta de capitalización individual, el cual asciende en promedio a solo RD\$146 003, suficiente para cubrir tan solo diez (10) meses de la canasta familiar más baja.

Por último, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), República Dominicana es el país de la región latinoamericana y caribeña donde se proyecta la tasa bruta de reemplazo más baja: apenas un 22,8% de su último salario recibirá el trabajador.

Pandemia, crisis del empleo y de la seguridad social

Cuando el expresidente Medina hizo su alocución el 25 de marzo de 2020 (Medina, 2020b), para más de alguno fue sorprendente y alucinante saber que en la proclamada *gran familia* había 811 000 hogares que vivían regularmente con una dotación *solidaria*, de (en promedio) 1 500 pesos (27 dólares estadounidenses al mes de abril), “gracias” a haber sido “seleccionadas” durante años en el programa Progresando con Solidaridad, que anteriormente llevó por nombre Solidaridad y que funciona en el esquema de *focalización* y subsidiariedad, típico de las formas de Estado residual en sociedades periféricas y dependientes. Es un programa de transferencias monetarias condicionadas y subsidios focalizados (bonos) que se propone *reducir la pobreza y las desigualdades* en relación con las familias, las cuales han sido categorizadas en un Índice de Calidad de Vida (ICV), y el programa se enfoca en las que califican con índice 1 y 2:

Para estos integrantes de la *gran familia*, ante esta crisis se decidió un aumento temporal a 5 000 pesos mensuales (92 dólares)

por abril y mayo, se agregaron a este *beneficio* otras 690 000 familias adicionales categorizadas como pobres o vulnerables por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), para que también recibieran este apoyo temporal del programa Quédate en Casa.

Una parte de ellas recibiría también 2 000 pesos adicionales por tener integrantes en mayor riesgo. En total, 1 151 000 hogares recibiendo 92 dólares, y entre estos algo más de 350 000 recibiendo 129 dólares, completando más de un millón y medio de familias. Efectivamente, al 30 de mayo se tenían 600 839 personas agregadas, para un total de personas/hogares atendidas de 1 500 393 (Administradora de Subsidios Sociales, junio de 2020, a través del SAIP).

De repente, con un chasquido de dedos, aparecieron debajo de la alfombra millones de dominicanos que no reúnen por sí mismos lo más básico para vivir. En pleno año declarado “de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria”, el jefe del Estado reconocía con sus palabras la precariedad alimenticia de una inmensa cantidad de ciudadanas y ciudadanos, recrudescida bajo la emergencia sanitaria y las medidas de parálisis social, a la que entonces se reacciona con un menú difícil de valorar en cuán bien estructurado y planificado está, si es suficiente o exagerado, si es de calidad o no, pero deja en claro el volumen de población, de todas las edades, sin ninguna seguridad ni autonomía alimentaria.

El 2 de abril de 2020, mediante Decreto 143-20 del Poder Ejecutivo, quedó establecido el Fondo de Asistencia Social al Empleado (FASE I), dirigido a asistir con transferencias monetarias a trabajadores que quedaran afectados por la suspensión del salario por fuerza mayor (figura contemplada en el Código de Trabajo). Esta transferencia ha estado condicionada a ser trabajador formal,

con cotizaciones al día en el Sistema Dominicano de Seguridad Social hasta febrero de 2020.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social carece, por cierto, de la realización efectiva del Seguro de Desempleo que establece la propia Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en su artículo 50, a punto de cumplir veinte años de vigencia. Esto impedía recurrir a un mecanismo institucionalizado y adecuadamente financiado para atender la crisis laboral, más allá de mecanismos coyunturales que pudieran ponerse en marcha.

El compromiso del Estado (con fondos de *excesos de reservas técnicas* de riesgos laborales como parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social) quedó en entregar el 70% del salario, en el cual el mínimo eran 5 000 pesos (correspondientes a un salario de 7 143 pesos) y el máximo eran 8 500 pesos (para un sueldo total de 12 143 pesos). El decreto manifestó el deber de las empresas de pagar la contrapartida a modo de exhortación.

El FASE I (en la modalidad del primer decreto) empezó con una vigencia de solo 60 días, y sujeto a que el Ministerio de Trabajo recibiera la solicitud. Excluyó a una serie de actividades por ser de carácter esencial, así como contempló que empresas manufactureras micro, pequeñas y medianas empresas que estuvieran funcionando sin suspensiones se acogieran a un subsidio de 5 000 pesos por trabajador y el empleador aportara la contrapartida.

También se contempló la postulación al programa de empresas que hubiesen cerrado sus operaciones, pero que mantuvieran a sus trabajadores en nómina y cotizando al sistema de seguridad social.

Posteriormente, a fines de mayo, apareció el llamado FASE II mediante el Decreto 184-20 (un nuevo decreto que modificaba

el primero) que, a los efectos del FASE inicial, añadió trabajadores de servicios de salud, restaurantes, medios de comunicación, veterinarias, empresas de seguridad y ONG. Además, incluyó a todas las empresas manufactureras y empresas de todo tamaño, incluyendo grandes no incluidas en las excepciones, que estuviesen operando para recibir el subsidio de 5 000 pesos con una contrapartida obligatoria del resto del salario por parte del empleador.

Con el llamado FASE II se hizo posible que una misma empresa tuviera a distintos trabajadores en uno u otro tipo de subsidio.

Además de lo anterior, se extendió la cobertura del Seguro Familiar de Salud a los trabajadores, trabajadoras y afiliados dependientes que estuviesen incluidos en el programa FASE. Respecto al sistema de pensiones, las personas suspendidas o que quedaron sin trabajo, aun bajo FASE, quedaron en la llamada “laguna previsional” si es que no continuaron cotizando.

A esto habría que añadir el abastecimiento de raciones alimenticias y comidas preparadas por los programas Plan de Asistencia Social de la Presidencia y Comedores Económicos, además de la participación del sistema escolar para suplir la alimentación de estudiantes e infantes incorporados a este en los distintos niveles.

Finalmente el 29 de mayo de 2020 fue establecido un tercer programa titulado Programa de Asistencia Al Trabajador Independiente (Pa’ Ti) mediante el Decreto 185-20, dirigido a los “trabajadores independientes”, es decir, informales, con la condición de que tuvieran un préstamo registrado en el sistema financiero formal en calidad de trabajador por cuenta propia el 29 de febrero de 2020, además de no haber estado registrado en febrero de 2020 en la seguridad social, no estar atendido en los otros dos programas, no estar clasificado como empresa grande local o nacional, y no haber

realizado pagos de impuestos acumulados por más de RD\$150 000 en un año en caso de haber pagado impuestos ante la Dirección General de Impuestos Internos (DGII).

Con el Decreto 358-20 del 19 de agosto de 2020 del nuevo gobierno, el programa FASE terminó siendo extendido hasta diciembre de 2020, así como los otros programas asistenciales.

Efectos de las medidas

De marzo a septiembre de 2020 se registraron en total 820 632 (Ministerio de Trabajo, 2020) trabajadores y trabajadoras suspendidos y 10 905 desvinculaciones, es decir, hubo una pérdida permanente de empleos, posiblemente por los costos que esto conlleva en el marco jurídico dominicano, que exige indemnizar al trabajador desahuciado sobre la base de los años de vinculación. El pico de las suspensiones se observa en junio con 124 649, pero todavía en septiembre se registraron 46 010.

Sin embargo, estas estadísticas no son del todo consistentes. El propio Ministerio de Trabajo registraba, en julio de 2020, 1 160 948 de los cuales habían sido incorporados en FASE 848 674, y en septiembre de 2020 existía un total de afectados de 1 525 281. Las empresas que registraron solicitudes para FASE en septiembre de 2020 ascendían a 53 076.

Respecto a Pa' Ti, el 22 de septiembre de 2020 el Ministerio de Hacienda solo tenía registrados a 96 389 hombres y 93 822 mujeres trabajadores independientes en este programa, para un total de 190 211 (Ministerio de Hacienda, 2020), que reciben una transferencia no condicionada de 5 000 pesos mensuales. Estos trabajadores y trabajadoras, además de ser una pequeña fracción de los trabajadores en la informalidad, no están incorporados a la seguridad social, salvo situaciones particulares.

En cuanto al sistema dominicano de la seguridad social creado con la Ley No.87-01 en 2001 y los trabajadores formales, según datos de la Tesorería de la Seguridad Social, entre marzo (cuando comenzaron las medidas) y septiembre de 2020 se registró una disminución importante de los empleadores registrados y de las dominicanas y dominicanos cotizantes. De hecho, de marzo a junio hubo una pérdida de más de 12 000 empleadores y casi 340 000 trabajadoras y trabajadores. En septiembre, los cotizantes perdidos rozaban los 260 000 y los empleadores superaban los 86 000 (Treasurería de la Seguridad Social, septiembre de 2020 (Ver Tabla 2). Hay que señalar que el 95% de los empleadores registrados en la Tesorería de la Seguridad Social corresponden a micro, pequeñas y medianas empresas.

Tabla 2. Pérdidas de cotizantes y empleadores en el sistema dominicano de seguridad social, marzo-septiembre de 2020

| | Marzo de 2020 | Junio de 2020 | Septiembre de 2020 |
|--|------------------|------------------|-----------------------|
| Empleadores | 92 320 | 79 826 | 86 456 |
| Diferencia en cantidad respecto a marzo de 2020 | | -12 494 | -5 864 |
| Diferencia porcentual respecto a marzo de 2020 | | -13,53% | -6,78% |
| Cotizantes | 2 250 140 | 1 912 405 | 1 991 599 |
| Diferencia en cantidad respecto a marzo de 2020 | | -337 735 | -258 541 |
| Diferencia porcentual respecto a marzo de 2020 | | -15,01% | -11,49% |

Fuente: Elaboración propia, a partir del boletín estadístico de la Tesorería de la Seguridad Social, septiembre de 2020.

Es interesante darse cuenta de que la acogida a FASE no ha impactado en la preservación de la totalidad de los empleos

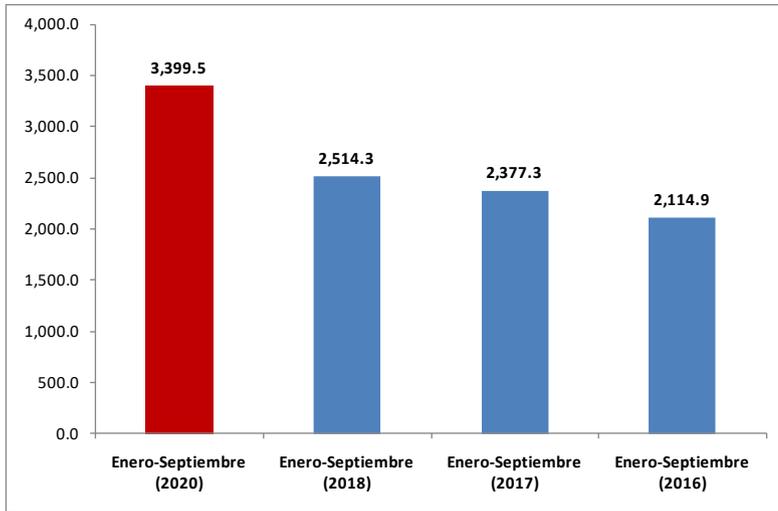
afectados por la suspensión y representa la pérdida de la cobertura en el aseguramiento en salud como en lagunas previsionales. Por supuesto, estos números son mucho mayores que los registrados como desvinculaciones permanentes ante el Ministerio de Trabajo.

Por otro lado, para poder estimar los efectos de FASE, Pa' Ti y Quédate en Casa, se debe considerar que, en noviembre de 2019, la línea de pobreza monetaria general se estimó en RD\$5 132 por persona, mientras la línea de pobreza extrema estaba estimada en RD\$2 363 pesos. Un hogar de cuatro personas con ingresos por debajo de RD\$20 528 pesos tendría un ingreso menor a la línea de pobreza general, y con RD\$9 452 totales estaría por debajo de la línea de pobreza extrema (Comité Técnico Interinstitucional de Pobreza, 2020).

Esto abre preguntas obligatorias sobre las condiciones en que la población afrontará la crisis y sus consecuencias: ¿Cómo han sobrevivido por años más de 800 000 hogares con 1 500 pesos mensuales y unos bonos, como “transferencias condicionadas y subsidios”? ¿Cómo ha sobrevivido la mayoría de los hogares de trabajadores y trabajadoras, formales e informales, con los niveles salariales predominantes en el país? ¿De qué “nivel mínimo de ingresos y consumo” se habla, y de qué “alivio”?

Mientras este escenario de empobrecimiento masivo se ha venido desarrollando, a la par del modelo de lucro financiero instaurado, en plena crisis económica las AFP han ganado en el período enero-septiembre de 2020 más dinero que lo ganado en el mismo período de 2016, 2017 y 2018, años de total bonanza económica (ver Gráfico 2). Incluso, ya supera lo ganado por las AFP en todo 2018. Las ganancias son lideradas por las principales AFP: Popular, Reservas, Crecer (Scotia) y Siembra (BHD-León), pues concentran a la mayor parte de los afiliados (Superintendencia de Pensiones, 2020).

Gráfico 2. Ganancias de las AFP en 2016, 2017, 2018 y 2020 (en septiembre de cada año) (Valores en millones de RD\$)



Fuente: Superintendencia de pensiones. Estados financieros de las AFP.

Esto confirma nuestras proyecciones de que el cambio en la comisión cobrada por las AFP fue un burdo truco, con la Ley No.13-20 en febrero del presente año, haciendo pasar por rebaja lo que en realidad fue entregarles los saldos para cobrar de ellos. Con esa medida, el Estado liberó a las AFP del “dolor de cabeza” de los vaivenes del mercado e, incluso, de la gran crisis que se está viviendo, aun con disminuciones graves de los cotizantes y las cotizaciones.

Esto echa por tierra la falacia, basada en proyecciones viciadas, de que la nueva Ley representaría un “ahorro por 53 000 millones de pesos para la sociedad dominicana” (Bosch y Fernández, 2020). Mientras las empresas sucumben, las familias pierden sus empleos y quienes reciben FASE tienen más cerca la finalización de este subsidio, las AFP verifican ganancias multimillonarias a costa del trabajo y el esfuerzo de la sociedad.

Hasta 2019 las ARS privadas habían obtenido beneficios record: en 2017, 2018 y 2019 estos ascendieron a 1 853,5, 1 893 y 1 236,9 millones de pesos, respectivamente. De esta manera, las ARS privadas siempre se han asegurado de operar con altas y estables tasas de rentabilidad. En 12 años nunca tuvieron un retorno porcentual sobre su patrimonio inferior al 21% que fue, en promedio, de 30% anual. En los últimos dos años de los que se tiene registro, su rentabilidad se ha incrementado sustancialmente: mientras en 2016 fue de 23,4%, se elevó en torno al 30% en 2017 y 2018 (Bosch y Fernández, 2020).

Hay que tener presente que, a través de las resoluciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales 00229-2020 y 00231-2020 de la SISALRIL, garantizaron a las ARS el reembolso, con dinero de la Seguridad Social, específicamente de los fondos para riesgos laborales, de aquellos montos que no tuvieran contemplados para las pruebas de detección del SARS-CoV-2 (COVID-19) o “excesos” en gastos de internamiento de sus afiliados. Es decir, a costa de las cotizaciones a la Seguridad Social, las ARS privadas no han tenido que tocar un peso de sus ingresos para aquello que no estaba en sus planes mientras prometieron a la población “cobertura total”.

Recomendaciones

Como se ha podido ver, el modelo de crecimiento económico capitalista rentístico y neoliberal, basado en la competitividad espuria propia de economías periféricas y dependientes en el sistema capitalista global, ha sido capaz de mostrar grandes cifras de rendimiento con incapacidad para desarrollar la matriz productiva, para generar trabajo digno, condiciones laborales y salarios decentes, y protección social para la sociedad.

Dadas estas condiciones, queda desdibujado (como en otros ejemplos históricos) el “milagro dominicano” y se evidencian sus

estructuras incompatibles con el disfrute y la garantía efectiva y material de los derechos consagrados en la Constitución, las leyes y los tratados internacionales.

El atajo de la redistribución en manos del Estado y servicios públicos, bajo un fantasma de *régimen de bienestar*, queda al descubierto toda vez que el funcionamiento de la economía se basa en la generación constante de población excedente, en la incapacidad fiscal del Estado y la privatización de servicios primordiales como la salud y las pensiones. El carácter neoliberal de las políticas de las últimas dos décadas para sostener la modernización rentista y precarizante está también en el brazo del Estado para otorgar medios de subsistencia a las familias empobrecidas y vulneradas, así como a la mayor parte de la población trabajadora en condiciones de informalidad.

Todo esto ha sido palpable en el efecto concreto de los programas implementados durante estos meses de estado de emergencia. FASE I y II tal vez hayan contribuido a hacer menos dramática la pérdida de empleos, a costa de hacer aún más bajos los salarios, abaratando la fuerza de trabajo. Por su parte Quédate en Casa y Pa' Ti ponen de manifiesto la insuficiencia del Estado para atender el empobrecimiento acumulado, y se han traducido en la incapacidad de las familias para sostener las condiciones más básicas de vida.

En lo inmediato, sin cambios político-institucionales, las opciones son pocas, reducidas a las medidas asistenciales hasta ahora implementadas, tal vez con ajustes para darles mayor suficiencia y cobertura.

En el corto y mediano plazo, la ciudadanía dominicana debería abocarse a la construcción de consensos sólidos y demandas políticas, con cambios institucionales que pudieran traducirse en:

- 1) Un presupuesto general del Estado que cumpla la Ley 01-12 de Estrategia Nacional de Desarrollo, incluyendo los niveles de gastos en derechos sociales y económicos establecidos en dicha norma y en la Constitución.
- 2) La superación de las brechas de ingresos fiscales en materia de privilegios y exenciones a grupos de interés.
- 3) La conversión de los programas asistenciales y de transferencias condicionadas en un ingreso básico familiar, no condicionado, que dé condiciones elementales de consumo digno a los hogares que lo necesiten.
- 4) Recuperar la salud y el sistema dominicano de seguridad social como sistemas de naturaleza en primer lugar pública, universal, digna y de calidad, con financiamiento estatal suficiente.
- 5) Dentro de esto, el establecimiento y financiación del Seguro de Desempleo y Suspensión Laboral sin condicionarlo a pérdida de conquistas laborales.
- 6) La superación en el orden jurídico-político del Estado subsidiario y residual traducido en su rol redistributivo, en obligaciones de garantía de derechos y capacidades económicas y de dirección, y
- 7) Una recuperación de la capacidad económica del país, diversificando y democratizando su matriz productiva, elevando los salarios con criterios de mayor igualdad distributiva, y con mayor integración regional a escala antillana, caribeña y latinoamericana.

Referencias bibliográficas

- Allard, R. *et al.* (2016). El derecho a la salud y su (des) protección en el estado subsidiario. Talca: Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142579/el-derecho-a-la-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Álvarez, S. (2005). Introducción en *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y El Caribe. Estructuras, discursos y actores*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/libros/crop/Trabprod.pdf>
- Banco Central de la República Dominicana (2014). *Algunas consideraciones sobre la informalidad y los ingresos en el mercado laboral de la República Dominicana. Parte I*.
- Banco Central de la República Dominicana (2014). *Algunas consideraciones sobre la informalidad y los ingresos en el mercado laboral de la República Dominicana. Parte II*.
- BBC (2020). *El COVID-19 no es una pandemia: los científicos que creen que el coronavirus es una sindemia (y qué significa esto para su tratamiento)*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54386816>
- Beilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)*. Doctorado en Salud Pública, VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2C%20J.-La%20determinacion.pdf>
- Bosch, M. (2013). La educación desarraigada. En *La crisis educativa y el modelo económico-político en República Dominicana*. Santo Domingo: Fundación Juan Bosch.
- Bosch, M. *et al.* (2019a). *Caracterización de la clase*

- trabajadora en República Dominicana. Aportes para la acción social y sindical y la construcción de políticas públicas equitativas en el trabajo.* Santo Domingo: ISCOS-Fundación Juan Bosch.
- Bosch, M. *et al.* (2019). *Sistema de pensiones: de la estafa del siglo a un modelo justo e incluyente.* Santo Domingo: ISCOS-Fundación Juan Bosch.
- Bosch, M. y Fernández, A. (2020). *Del negocio seguro a la Seguridad Social. Análisis económico-político y fundamentos para el debate sobre un nuevo modelo de derechos a la salud y la protección social en República Dominicana.* Santo Domingo: Fundación Juan Bosch.
- Cajas, J. (2011). *Análisis de estacionalidad en la tasa de desempleo.* Observatorio de la Economía Latinoamericana, Grupo Eumed.net. Málaga: Universidad de Málaga.
- CEPAL (2020). *Estudio económico de América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL – CEPALSTAT (2018). *Base de datos de gasto público social. Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB).* Santiago de Chile.
- Ciudad Alternativa (2015). *Déficit de viviendas ronda los dos millones, estima Ciudad Alternativa.* Recuperado de <http://www.ciudadalternativa.org.do/2015/06/deficit-de-viviendas-ronda-los-dos-millones-estima-ciudad-alternativa/>
- Comité Técnico Interinstitucional de Pobreza (2020). *Boletín de Estadísticas oficiales de Pobreza Monetaria*, 5 (7).
- Fernández, L. (2012). *Discurso ante la Asamblea Nacional.* Recuperado de <https://leonelfernandez.com/discurso/discurso-del-presidente-leonel-fernandez-ante-la-asamblea-nacional-con-motivo-del-168-aniversario-de-la-independencia-nacional/>
- Fundación Juan Bosch (2015). *“Ser justos es lo primero...” La crisis de los trabajadores dominicanos bajo el actual modelo económico y los desafíos de una reforma al Código de Trabajo para más justicia y prosperidad. Informe de análisis y propuestas.* Santo Domingo.

- Hidalgo, A. L. (2005). *El desarrollo socioeconómico de América Latina y el Caribe bajo el modelo multiexportador*. Recuperado de <http://altea.daea.ua.es/ochorem/comunicaciones/MESA2COM/HIDALGOCAL.pdf>
- Isa, P. (2007). *La inserción de la República Dominicana a la economía internacional: reseña histórica y perspectiva analítica*. Santo Domingo: Centro de Investigación Económica para el Caribe/Intermón Oxfam.
- Krugman, P. (1997). *El internacionalismo moderno*. México: Ed. Crítica.
- Marx, C. (2010). *El capital*, t. I. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Marx, C. (2015). Extractos de *El capital*, t. I. Recuperado de <https://razonyrevolucion.org/clasico-piquetero-produccion-de-una-sobrepoblacion-relativa-karl-marx/>
- Medina, D. (2020a). *Discurso ante la Asamblea Nacional*. Recuperado de <https://presidencia.gob.do/danilo-2020mejor/discurso>
- Medina, D. (2020b). *Discurso de medidas económicas y sociales ante epidemia de COVID-19*. Recuperado de <https://hoy.com.do/lea-aqui-el-discursos-completo-de-danilo-medina/>
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (2015). *Evolución de la población de la República Dominicana por estratos sociales, según definición del Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el período 2000-2015*. Recuperado de <http://economia.gob.do/wp-content/uploads/drive/UAAES/Publicaciones/pobreza-y-clase-media-en-rd-rev.pdf>
- Ministerio de Hacienda (2020). *Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES). Proyecto de Ley de Presupuesto General del Estado 2021*, t. I. Recuperado de <https://www.digepres.gob.do/pubs/2021/libros/Tomo-I/Proyecto-de-ley-de-presupuesto-General-del-Estado-2021-Tomo-I.pdf>
- Ministerio de Trabajo (septiembre de 2020). *Suspensiones de trabajadores y trabajadoras desde marzo hasta septiembre de 2020*. Información solicitada a través del Portal de Único de Acceso a la Información Pública (SAIP).

- Administradora de Subsidios Sociales (junio de 2020). *Subsidios del programa Quédate en Casa*. Información solicitada a través del Portal de Único de Acceso a la Información Pública (SAIP).
- Presidencia de la República Dominicana (2020). *Decreto 143-20*. Recuperado de <http://www.consultoria.gov.do/Documents/ce=0315e599-7901-46e7-8f44-fece40b38bad>
- Presidencia de la República (2020). *Decreto 184-20*. Recuperado de <https://transparencia.hacienda.gob.do/documents/20127/319327/Decreto+184-20.pdf/4b9e3e95-1dea-6255-4f31-0a9841621cae>
- Presidencia de la República (2020). *Decreto 185-20*. Recuperado de <https://transparencia.hacienda.gob.do/documents/20127/319327/Decreto+185-20.pdf/10d1923e-5ffc-eaea-0b81-cc0fb00a9482>
- Presidencia de la República (2020). *Decreto 358-20*. Recuperado de <http://www.consultoria.gov.do/Documents/ence=99a4d4eb-2691-4c08-9807-f3bda92fde0b>
- Suárez, R. M. (2009). Nuevo rol de los establecimientos de salud: reflexiones sobre las redes de servicios públicos de salud. En *El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; Fundación Friedrich Ebert; Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales. Recuperado de http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.pdf
- Superintendencia de Pensiones (2020). *Boletín 67*. Recuperado de <http://www.sipen.gov.do/boletin/67/mobile/index.html#p=1>
- Superintendencia de Pensiones (2020). *Boletín 68*. Recuperado de <https://www.sipen.gob.do/boletin/68/mobile/index.html#p=1>
- Superintendencia de Pensiones (2020). *Boletín 69*. Recuperado de <https://sipen.gob.do/boletin/69/#p=1>
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2020). *Resolución 00229-2020*. Recuperado de https://www.sisalril.gob.do/Resoluciones/Res_%20Adm_%20No_%2000229_2020.pdf

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2020). *Resolución 00231-2020*. Recuperado de https://www.sisalril.gob.do/Resoluciones/Res_Adm_No_00231_2020.pdf

Spicker, P. *et al.* (2009). *Pobreza: Un glosario internacional*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/GetDocument?reference=99a4d4eb-2691-4c08-9807-f3bda92fde0b>

Bases de datos

Banco Central de la República Dominicana. Mercado de trabajo (ENFT) con población ajustada por zona y regiones. Recuperado de <https://www.bancentral.gov.do/a/d/2540-mercado-de-trabajo-enft-con-poblacion-ajustada-por-zona-y-regiones>

Banco Central de la República Dominicana. Índice de precios al consumidor (IPC). Recuperado de https://cdn.bancentral.gov.do/documents/estadisticas/precios/documents/ipc_base_2010.xls?v=1601161180975

Banco Central de la República Dominicana. Mercado de trabajo. Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT). Recuperado de <https://www.bancentral.gov.do/a/d/2541-encuesta-continua-encft>

Banco Central de la República Dominicana. Producto Interno Bruto (PIB) por sectores de origen. Valores corrientes e índices de volumen encadenados referenciados al año 2007, trimestral. Recuperado de http://cdn.bancentral.gov.do/documents/estadisticas/sector-real/documents/pib_origen_2007.xlsx?v=1601160923398

Banco Central de la República Dominicana. Producto Interno Bruto (PIB). Deflactor, trimestral. Recuperado de https://cdn.bancentral.gov.do/documents/estadisticas/sector-real/documents/pib_deflactor_2007.xls?v=1601160923398

Banco Mundial. Estadísticas sanitarias mundiales (WHS, por sus siglas en inglés). Recuperado de <http://api.worldbank.org/v2/es/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?downloadformat=excel>

Banco Mundial. Health Nutrition and Population Statistics (HealthStats). Recuperado de <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=Health%20Nutrition%20and%20Population%20Statistics#>

Banco Mundial. Level & Trends in Child Mortality. Report 2011. Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA, UNPD). Recuperado de <http://api.worldbank.org/v2/es/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?downloadformat=excel>

Banco Mundial. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. Geneva, World Health Organization, 2019. Recuperado de https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#https://cdn.bancentral.gov.do/documents/estadisticas/sector-real/documents/pib_origen_2007.xlsx?v=1601160923398

Organización Mundial de la Salud (OMS). Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria. Recuperado de <http://api.worldbank.org/v2/es/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?downloadformat=excel> y <http://api.worldbank.org/v2/es/indicator/SH.MED.NUMW.P3?downloadformat=excel>

Servicio Nacional de Salud (SNS). Boletín anual de producción de servicios, enero-diciembre de 2019. Recuperado de <https://repositorio.sns.gob.do/estadisticas-y-produccion/#41-wpfd-2019-1568147111>

Tesorería de la Seguridad Social (2020). Boletín estadístico. Santo Domingo, septiembre de 2020.

Género y COVID-19 en Cuba: Aprendizajes y desafíos

Dayma Echevarría León

Licenciada en Sociología, Máster en Procesos Gerenciales y Doctora en Ciencias Sociológicas. Profesora Titular del Centro de Estudios de la Economía Cubana. Ha coordinado seis proyectos de investigación, de ellos cuatro internacionales. Es autora de más de 30 artículos científicos sobre temas de género, empleo y poder, así como sobre procesos de transformaciones económicas y su impacto en la participación y la equidad.

Introducción

La pandemia que desató el SARS-CoV-2 impuso condiciones de vida nunca antes experimentadas. Los procesos de aislamiento social y atención rápida y precisa a las personas afectadas impusieron otros ritmos de vida en el día a día del mundo, también en Cuba. Si bien la pandemia no conoce fronteras ni sexos, color de la piel o clases sociales, afecta de manera diferenciada a distintos grupos de personas y agudiza desigualdades preexistentes.

Numerosos estudios internacionales sitúan a las mujeres y las niñas como los grupos en los que la pandemia tiene efectos más adversos. Esto es resultado principalmente de la división sexual del trabajo que las sitúa en los trabajos menos reconocidos y retribuidos, y en muchos casos, en el sector informal de la economía. Ellas son las encargadas de las tareas de cuidado y reproducción de la vida cotidiana, labores que se intensifican e incrementan en épocas de pandemia, por las demandas aumentadas de atención, ante el cierre de escuelas y de servicios de cuidado a personas mayores. También

por lo general poseen menores oportunidades de tener ahorros económicos que les ayuden a amortiguar la crisis. Son también ellas las principales víctimas de violencia de género.

El presente texto aborda los efectos de las medidas implementadas en Cuba para mitigar las afectaciones derivadas de la COVID-19 en las relaciones de género, basadas principalmente en el análisis de las estadísticas públicas disponibles.

Las relaciones de género en Cuba en el siglo XXI: De la equidad y la persistente desigualdad

Cuba es uno de los países dentro de la región latinoamericana que, de manera destacada y sistemática, ha promovido con mayor fuerza la equidad y la justicia social. En esta búsqueda, el apoyo a la equidad de género se ha concretado desde los primeros años de la Revolución en medidas a favor de la incorporación de las mujeres al mundo público, a través de su entrada masiva a la educación, en especial la superior, y al empleo remunerado. También se han desarrollado varios servicios de cuidado, como círculos infantiles, casas de cuidados para personas mayores y sistemas de apoyo a la familia trabajadora para acceder de manera prioritaria a bienes básicos. (Romero, 2019). En las dos últimas décadas, varios organismos de la administración central del Estado han diseñado y puesto en práctica estrategias de género para transversalizar la equidad de género en sus prácticas.

Este marco regulatorio, orientado a promover a las mujeres en el mundo público, permitió mostrar avances en la condición y posición de la mujer en la sociedad cubana. En el 2019 representaron 37% del total de las personas ocupadas (ONEI, 2020). Otra fuente de información reconoció que en 2018 representaban el 66% de los profesionales y técnicos del país, el 81,9% de los profesores, maestros y científicos, más del 70% de

los fiscales, los Presidentes de Tribunales Provinciales y los jueces profesionales. En el sistema de las Ciencias, la Innovación y la Tecnología, representan el 53,5% y son más del 64,2% de colaboradores en el exterior. Ostentan el 47,2% de los altos cargos de dirección y representan el 48,86% del Parlamento, existen además en el gobierno ocho ministras (38%) y 42 Viceministras (35,6%). En el Consejo de Estado representan el 42%. A nivel de la gestión local son nueve (de 15) Presidentas de Asambleas Provinciales del Poder Popular (62,5%) (FMC, 2016).

Sin embargo, aún persisten brechas en la equidad de género, que, por lo general, continúan situando a las mujeres en posiciones subordinadas en el mundo público y como principales responsables de los cuidados y el trabajo doméstico. En el mundo del empleo se mantiene una segregación ocupacional vertical y horizontal, que ha sido difícil de revertir. En los últimos 10 años de los cuales se tiene información, las mujeres han predominado como personal administrativo y como técnicos, y aunque han tenido un comportamiento favorable en la categoría Dirigente, no han logrado rebasar el 36%.

Un análisis de su participación en el empleo, por sectores de actividad económica, muestra que las mujeres solo representan más del 60% en los sectores de Educación y Salud Pública-Asistencia Social. Sin embargo, en los años en que han transcurrido las reformas de empleo, han disminuido proporcionalmente más en aquellos sectores “típicamente masculinos”, como la construcción, el transporte y la agricultura.

En las cooperativas no agropecuarias las mujeres solo constituyen el 19,6% de las socias, en su mayoría en aquellas relacionadas con servicios gastronómicos, que representan el 43% del total de estas cooperativas y en el 2% de la industria ligera. Todas actividades “típicas” femeninas. (Piñeiro, 2018)

En el sector de trabajo por cuenta propia, que representa el sector más dinámico en la actualidad en términos de creación de empleo, las mujeres solo son el 35% del total de cuentapropistas y el 38% del total de trabajadores contratados en 2016¹. Ellas solo han sido mayoría en 11 actividades del total de actividades aprobadas para ejercer el trabajo por cuenta propia (Díaz y Echevarría, 2015) y se sitúan, como tendencia, en aquellas que pagan menor impuesto y en las que se podría suponer tienen menor complejidad². Además, según el estudio citado, son las que entregan las licencias en mayor proporción.

El trabajo doméstico no remunerado y de cuidados continúa poco visibilizado y es realizado principalmente por mujeres. En el 2016 se aplicó en todo el país la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género y el informe de resultados se publicó en 2018 (CEM-CEPDE, 2018). La encuesta revela que se mantiene la brecha entre hombres y mujeres en la realización del trabajo doméstico: las mujeres dedican 14 horas más que los hombres, como promedio, al trabajo no remunerado y de cuidados (CEM-CEPDE, 2018, p. 59), independientemente de si están ocupadas o no en la economía.

El reparto del tiempo en torno a trabajo remunerado o no remunerado se encuentra atravesado, además, por la condición de tener niños/as y adolescentes bajo el cuidado. En Cuba, el *Atlas de la infancia y la adolescencia en Cuba* (Íñiguez, Figueroa, y Rojas, 2017) muestra que de cada 100 niños y adolescentes, 49 vivían con ambos padres, 38 solo con la madre o con el padre —de ellos el 90% lo hacía

1 Existen siete tipos de trabajadores contratados: Trabajador contratado, Contratado para arrendadores de vivienda, Contratado artistas, Contratado OHC, Contratado PALCO, Contratado Transporte, Contratado Barrio Chino. Solo en la categoría contratados por arrendadores las mujeres representan más del 60% en 2016. No se cuenta con estadísticas más recientes (Departamento de Estadísticas, MTSS, 2016).

2 En el año 2016 solo el 60% de las licencias obtenidas por los hombres vs. 73% por las mujeres se acogen al régimen simplificado de tributación, es decir, se encuentran en actividades que se consideran de bajo nivel de complejidad y, por tanto, generadoras de menores volúmenes de ingresos (MTSS, 2016).

solo con la madre— y 13 estaba bajo el amparo de otras personas. Se puede afirmar entonces que son principalmente las madres quienes tienen bajo su cuidado a niños/as y adolescentes.

Al analizar la condición de actividad³ de las madres y padres de la niñez y la adolescencia en Cuba se muestra que, de cada 100 madres de este grupo, 50 trabajan de forma remunerada mientras que lo hacen 90 padres de cada 100. Este comportamiento mostró diferencias por zona de residencia (rural/ urbana); edad de los/as niños/as y adolescentes, así como por región del país (occidente, centro y oriente). La proporción de madres cuya actividad principal es el trabajo remunerado muestra valores relativamente inferiores hacia la parte oriental del país.

Otro indicador que ha mostrado un incremento sostenido de mujeres en los últimos años es la tasa de jefatura de hogar⁴. Según un informe publicado en 2016 sobre la proyección de los hogares cubanos 2015-2030 (Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2016), predominan los hogares con jefatura masculina, pero con una tendencia a la disminución, en la que se espera que en el 2024 se igualen las tasas y, a partir de ese momento, se incrementen los hogares encabezados por mujeres hasta que en el 2030 representen el 52,5% (Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2016, p. 12).

El significado de la jefatura femenina de hogares puede tener diferentes lecturas para su comprensión. Si bien por un lado puede mostrar el reconocimiento de las mujeres al frente de hogares, en no pocos casos este rol se ejerce en hogares monoparentales o sin pareja

3 Entienden por “condición de actividad” el tipo de actividad que se esté realizando, y fue operacionalizada en trabajo (trabajo remunerado), quehaceres del hogar y otra condición que incluye a aquellas personas que estudian, buscan trabajo, jubilados o pensionados.

4 Se entiende por “jefe de hogar” a “la persona residente en la vivienda que sea considerada y reconocida como tal por los demás miembros del hogar” (Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2016, p. 5).

estable, por lo que son estas mujeres quienes llevan sobre sus hombros el peso de la administración del hogar y el cuidado de sus miembros. Si se tiene en cuenta el alto número de mujeres que declaran no tener un trabajo estable —por tanto, tampoco poseen ingresos regulares— y las sostenidas crisis económicas que ha vivido el país, la jefatura de hogar en estos casos se asume en condición de tensión permanente para buscar el sustento del hogar y, al mismo tiempo, organizar tareas de cuidado.

El incremento de las tasas de fecundidad adolescente constituye una de las problemáticas más importantes en la actualidad. En un contexto en que la educación integral de la sexualidad se imparte en las escuelas desde la enseñanza primaria, se promueven los derechos sexuales y reproductivos y constituye un Programa Nacional, en vías de convertirse en Decreto Ley, esta preocupación no debería tener cabida. Sin embargo, en los últimos 10 años, por cada 1 000 adolescentes hasta 19 años, más de 50 han llevado a término sus embarazos (ONEI, 2019, p. 46). Este grupo alcanza la cuarta posición en las tasas de fecundidad por grupos de edad de la madre, antecedido por las madres entre 20-24 años, seguido del de 25-29 y de 30-34 años.

Repercusiones en materia de género de las medidas para afrontar la pandemia de la COVID-19

Cuba aplicó un conjunto de medidas de prevención para evitar la propagación del virus, entre las que están el aislamiento social y el incremento de protocolos relativos a mantener la higiene en todos los espacios. También fueron enunciadas disposiciones para proteger a los grupos vulnerables por diferentes razones: condición de salud, de edad, vivir solos, poca solvencia económica, entre otros. Estos grupos están compuestos en su mayoría por personas mayores de 60 años, con padecimientos de enfermedades crónicas no transmisibles y que viven solas. Han sido atendidos desde diferentes ángulos: aplicación de medicamentos para elevar la respuesta inmunológica

y seguimiento estrecho de su estado de salud por el área. También para aquellas personas que viven en condiciones de desventaja económica y, además, pertenecen a los grupos de vulnerabilidad por condición de salud, se han implementado varios mecanismos, como son la entrega a domicilio de alimentos elaborados desde los comedores comunitarios del Sistema de Atención a la Familia (SAF), la utilización por parte del sistema bancario del pagador a domicilio, la extensión del horario de pago a pensionados y el otorgamiento de permisos para que sus familiares cobren las pensiones. También se aplicaron 36 medidas de protección laboral para las personas con empleos formales.

Sin embargo, como ocurre en otros países del mundo, la pandemia repercute, de manera diferenciada, en mujeres y hombres, según el momento del curso de vida en que se encuentren. En la etapa de rebrote de la COVID-19 que comenzó en Cuba desde julio de 2020, se observó una disminución de las edades de quienes son contagiados con el virus. La edad media disminuyó en 4 años: de 44 años entre marzo-junio a 40 años entre julio-septiembre. La edad que más se repite pasó de 52 años a 32 a inicios de septiembre (CEDEM, 2020).

Si bien los hombres se enferman más que las mujeres como tendencia, este comportamiento difiere por grupos de edades: en los grupos de 15-29 años, 45-59 años y más de 85 años, son las mujeres las que más se contagian (CEDEM, 2020). Aunque se requiere de una investigación más profunda, probablemente los puntos de partida de las mujeres, comentados en el epígrafe anterior, las sitúan ante mayores riesgos de contraer la enfermedad por las actividades asociadas a la jefatura y administración del hogar y las tareas de cuidado, así como por su elevado peso en aquellas actividades que no han cesado en etapa de aislamiento por considerarse imprescindibles.

Se puede afirmar, entonces, que las mujeres enfrentan mayores vulnerabilidades porque:

- constituyen la mayoría del sector de Salud Pública y de las ocupaciones consideradas imprescindibles en los peores momentos de la pandemia,
- ven menguados en mayor medida sus ingresos provenientes del trabajo formal y del informal,
- aumenta la carga del trabajo doméstico y de cuidados,
- se incrementa la violencia de género en etapa de aislamiento.

A continuación, se ofrecen argumentos que apoyan estas afirmaciones:

Constituyen la mayoría del sector de Salud Pública y de las ocupaciones consideradas imprescindibles en los peores momentos de la pandemia

Las mujeres constituyen la mayoría del sector de Salud Pública y de las ocupaciones consideradas imprescindibles en los peores momentos de la pandemia, por estar al frente de aquellas, tal vez menos valoradas, pero necesarias para el sostenimiento de la vida.

Según el Anuario Estadístico de Salud, las mujeres representaban en el 2019 el 71,2% del personal de salud. Tienen un peso destacado en las especialidades que, de forma más directa, tratan la pandemia: Neumología el 60%, especialistas en Medicina Interna el 42,7% y en Terapia Intensiva y Emergencia el 45%. Además, representan el 69,5% de los especialistas en Medicina General Integral, especialidad que tienen los Médicos de la Familia y el 87,8% del personal de enfermería (MINSAP, 2020). También constituyen el 60,3% de pro-

fesionales cubanos de salud que forma parte de las 34 brigadas médicas del contingente Henry Reeve para el combate de la pandemia en 27 países (Alonso, 2020).

Ven menguados en mayor medida sus ingresos provenientes del trabajo formal y del informal

No se cuenta con cifras públicas que muestren la disminución de los ingresos en los hogares. Sin embargo, existen diferentes procesos ocurridos en el contexto de la pandemia que permiten suponer este comportamiento. Entre ellos:

- *La declaración de interrupción laboral:* A inicios de junio de 2020 existen 142 510 trabajadores interrumpidos, quienes recibieron el primer mes el 100% de su salario, y después reciben el 60% del mismo⁵. Las causas que motivaron esta interrupción laboral se relacionan con: la paralización total o parcial de algunos centros de trabajo, la necesidad de madres de hijos e hijas en edad escolar de cuidarlos ante el cierre de escuelas, la medida de protección a trabajadores mayores de 60 años y otros con problemas de salud. En los casos de paralización de los centros de trabajo, se ha tratado de reubicar en otros empleos a todas aquellas personas que quedaron interrumpidas en el sector estatal por la paralización de su trabajo. De ellos el 10% ha sido reubicado en su cargo y el 19% en otras labores. Al grupo que no aceptó la reubicación propuesta, se le suspende el pago del 60% del salario, aunque al reanudarse las labores se puede incorporar a su puesto de trabajo. (Silva, 2020).

5 Según información ofrecida por la Ministra de Finanzas y Precios Meyci Bolaños, en la Mesa Redonda del 24 de septiembre de 2020, se han erogado 488 millones de pesos en la etapa de la pandemia para cubrir las garantías salariales de quienes trabajan, de los cuales 344 millones han provenido de los fondos estatales, lo que representa alrededor del 82% (Alonso, Figueredo, e Izquierdo, 2020).

Las medidas de protección laboral aplicadas en la pandemia encuentran a las mujeres siendo mayoría en el sector estatal presu-puestado. Por tanto, es de esperar que la mayoría de las personas que hayan sido declaradas interrumpidas sean mujeres. A ellas se le suman las madres al cuidado de niños, insertadas en el empleo formal, quienes tienen que acogerse a esta medida por el cierre de las escuelas. También es de esperar que la mayoría de las personas declaradas interrumpidas por motivos de salud sean mujeres, ya que ellas padecen en mayor medida de enfermedades que, con la COVID-19, pueden empeorar su evolución⁶. En la etapa de rebrote del virus, desde septiembre hasta noviembre de 2020, diferentes provincias tuvieron que aplicar fuertes medidas de aislamiento social y paralización de actividades, entre ellas La Habana, Ciego de Ávila, Sancti Spiritus y Pinar del Río. De esta forma, muchas personas pueden haber permanecido interrumpidas o caer de nuevo en esa condición, con graves afectaciones para sus ingresos.

La disminución significativa de los ingresos de estas personas o la falta de ellos, afectará de manera significativa su capacidad de compra y tiene su expresión según el tipo de vínculo con el trabajo remunerado. Según esta condición, las personas contratadas en el sector no estatal, con énfasis en actividades relacionadas con el turismo y con la restauración y la recreación, así como aquellas que se encuentran en el trabajo informal, pueden estar enfrentando las peores consecuencias:

- *La fragilidad de la protección de las personas contratadas en el sector no estatal*: Si bien se estipularon un grupo de medidas de protección para el sector de trabajo por cuenta propia, no resultan suficientes para cubrir los ingresos de

6 Según datos del Anuario de Salud (2019), las mujeres tienen una tasa de prevalencia de hipertensión arterial, asma bronquial y diabetes *mellitus* superior a la de los hombres (ver Cuadro 77) (MINSAP, 2020).

las personas contratadas ni de los pequeños negocios. Se orientó que los dueños de los negocios pagaran el salario a sus trabajadores según las horas trabajadas en el último mes y que debían cubrir el 60% de los salarios en el mes siguiente, siempre y cuando este no fuera inferior al salario mínimo⁷. Sin embargo, no todos los negocios privados cuentan con los fondos necesarios para honrar esta disposición⁸. Además, las horas trabajadas por las personas contratadas en el último mes (febrero-inicios de marzo de 2020) podían ser inferiores en gran medida a las trabajadas regularmente, por lo que el monto final del salario probablemente se redujo, rozando el salario mínimo. La situación de paralización de actividades se extendió al menos tres meses, por lo que, si esta disposición comenzó en marzo, las personas contratadas habrían pasado al menos un mes sin ingresos. No se espera que la reanudación de actividades conlleve niveles de actividad elevados, por lo que seguirán siendo insuficientes los salarios pagados a personas contratadas. Esta situación incluye, dentro de las personas afectadas, a aquellas que trabajan en minindustrias bajo la modalidad de contratadas y a las que laboran en el sector turístico estatal.

Probablemente, en el corto plazo, algunas familias tengan que pedir ayuda a los fondos de Asistencia Social para compensar sus

7 El nivel del salario mínimo establecido en la Resolución 25/2019 del MTSS es 400 CUP para quienes trabajan más de 44 horas semanales y 364 para quienes lo hacen hasta 40 horas.

8 Al cierre del mes de abril de 2020 existían 222 723 trabajadores por cuenta propia con suspensión temporal de la licencia, lo que representa el 35% de los 632 950 trabajadores por cuenta propia. Los que más se han acogido a esta medida son los contratados, los transportistas de carga y pasajeros, los arrendadores de vivienda, los vinculados a los servicios gastronómicos en cafetería y los servicios de belleza. Como se puede observar, son las mujeres las que probablemente se encuentren más afectadas en el cierre de sus contratos en las actividades para ejercer el trabajo por cuenta propia.

ingresos. En mayo de 2020, 143 núcleos familiares habían solicitado protección, de ellos 130 eran trabajadores por cuenta propia⁹.

• *La inestabilidad de ingresos del trabajo informal*: Si bien no se cuenta con cifras que muestren el peso exacto de la ocupación en el trabajo informal, es de esperar que esta sea una cifra creciente, ya que la tasa de actividad económica ha presentado una tendencia a la disminución desde 2009. Esto ha sido peor en 2018 para las mujeres quienes, de cada 100 en edad laboral y aptas para trabajar, solo están ocupadas o buscando empleo algo más de 49. Si bien existe una gran heterogeneidad entre las personas que realizan este tipo de trabajo¹⁰, aún en un marco de políticas universales y gratuitas de acceso a salud y educación, enfrentan la falta de derechos laborales que ampara el trabajo formal, en términos de estabilidad de los contratos, regularidad y acuerdo sobre los ingresos, garantía de acceso a la seguridad social en caso de enfermedad o por licencia de maternidad o para cuidar a otros.

9 Información ofrecida por Marta Feitó, Ministra del Trabajo y Seguridad Social en Mesa Redonda, el 11 de mayo de 2020.

10 La heterogeneidad en el trabajo informal se relaciona con que, si realizan la actividad para sí mismos o para otros, el grado de formalización de la relación cuando trabajan para otras personas, la estabilidad del trabajo, los ingresos que obtienen, entre otros elementos. En ese amplio diapasón se encuentran desde personas que trabajan brindando servicios o productos, con ingresos estables, pero sin la licencia para ejercer el trabajo por cuenta propia; también personas que laboran bajo contratos verbales, en pequeñas y medianas empresas privadas, con ingresos medios y altos, estudiantes y trabajadores formalizados que realizan trabajos no formalizados en la búsqueda de complemento a sus ingresos, entre otros tipos. En el otro extremo se encuentran aquellas personas que viven de lo que (re)venden en el día y se sitúan con frecuencia en condiciones de pobreza y precariedad. Figuras como las personas que traen mercancía del exterior para revender al detalle o de forma mayorista a otro grupo de empleadas informales, bicitaxistas, carretilleros, camareros y auxiliares de limpieza y cocina en restaurantes y bares, ayudantes y estibadores en agromercados, trabajadores temporales agrícolas, personal doméstico ocasional o estable, hasta revendedoras de productos escasos (que siempre hay) como cloro, café, cigarros, tabacos, forman parte de este diverso grupo.

En un contexto como el impuesto por la pandemia, su cobertura de garantías se encuentra particularmente afectada, desamparada de un ingreso mínimo estable y garantía de contrato. En una situación sostenida de paralización de actividades, las reservas que algunas personas pudieron tener, probablemente ya se terminaron o se encuentren tocando fondo. Mayores tensiones deben enfrentar las personas que son además jefas de hogar, donde las mujeres tienen un peso importante¹¹. Esta situación puede ser peor para mujeres rurales, quienes presentan tasas de actividad económica inferior incluso a las mujeres urbanas.

- *La disminución de las remesas*: Si bien las medidas de recrudescimiento del bloqueo de la administración norteamericana estaban afectando el envío de remesas a Cuba, se puede esperar que la actual crisis sanitaria afectará la disponibilidad de recursos de personas emigradas para enviar a las familias cubanas¹². Estudios realizados en Cuba sobre el uso de las remesas muestran que mujeres y hombres las reciben y utilizan de manera diferente, ellas en montos más pequeños pero estables que utilizan para cubrir necesidades básicas, ellos en montos mayores pero espaciados, generalmente las emplean para invertir (Delgado, 2014; 2017).

Si bien este incremento de los precios y la inestabilidad de los alimentos, así como la disminución de los ingresos, afecta por igual a todas las personas, para las mujeres esto tendrá costos

11 Según la proyección de hogares: las mujeres en el 2020 podrían representar el 48,4% de los jefes de hogar (Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2016).

12 La CEPAL, en su Boletín No. 5. sobre informe especial COVID-19, notifica una reducción del flujo de remesas hacia las principales economías receptoras de la región que, en el acumulado hasta mayo de 2020, alcanzaba en promedio un 7% con respecto al mismo período de 2019, con peores comportamientos para algunos países. Aunque no se conozcan las cifras exactas, entre ellos puede estar Cuba, por la combinación de la crisis sanitaria y el recrudescimiento de las medidas del bloqueo norteamericano.

adicionales. Como administradoras del hogar deberán aplicar diversas estrategias: comprar menos alimentos y destinar mayor tiempo y esfuerzo a encontrar las mejores ofertas calidad/ precio, recomponer la dieta diaria a partir de consumir alimentos menos nutritivos o reducir el número de comidas al día, priorizar la alimentación de algunos miembros de la familia como ancianos y niños. También es probable que vendan bienes personales y artículos de poco uso, o ganado menor que tenían como ahorro con algún fin específico. En general afectará en mayor medida sus hábitos alimentarios, ya dañados, con las esperadas consecuencias sobre la salud, así como afectará su autonomía económica.

Las personas mayores que se encuentren viviendo solas y no cuenten con una red familiar o comunitaria de apoyo, a pesar de las acciones promovidas desde el Estado para acercarles los alimentos a través de mensajeros o trabajadores sociales, enfrentarán mayores obstáculos para adquirir los alimentos, dada su inestabilidad, el alza de los precios y los ingresos insuficientes. Según la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento Poblacional, una de cada cuatro mujeres de 50 a 59 años y casi una de cada cinco mujeres con 60 años y más no recibe ingresos mensuales (ONEI-CEPDE-CITED, 2019). En general, para el grupo de 60 años y más, nueve de cada diez hombres cuenta con ingresos propios (salario, jubilación, rentas, ahorros), mientras que solo poco más de 6 de cada 10 mujeres tiene autonomía económica. El resto de las personas no cuenta con ningún tipo de ingreso o depende de ayudas monetarias transferidas por otras personas (ONEI-CEPDE-CITED, 2019). Según esta encuesta, el 13,5% de las personas fuera de la edad laboral permanece trabajando de manera remunerada, con mayor presencia de hombres, y las “razones económicas” es la segunda causa, después de “sentirse útil y capaz”, para mantener tal decisión.

Aumenta la carga del trabajo doméstico y de cuidados

En tiempos en que toda la familia está en casa y en que se requiere extremar las medidas higiénicas, es de esperar que los tiempos de trabajo doméstico hayan aumentado. La Encuesta Nacional de Igualdad de Género (2016) había identificado que se mantiene la brecha entre hombres y mujeres, donde estas dedican 14 horas más como promedio al trabajo no remunerado y de cuidados (CEM-CEPDE, 2018, p. 59), independientemente de si están ocupadas o no en la economía.

Resulta muy probable que estas horas hayan aumentado en el tiempo de aislamiento social, y no necesariamente este trabajo esté mejor repartido entre los miembros de la familia. Se le ha sumado a las labores domésticas cotidianas, el incremento del tiempo y la frecuencia en la limpieza del hogar y del lavado de ropa, así como las actividades relacionadas con cocinar y fregar, más cantidad y más veces, al estar toda la familia en casa. Para los hogares con hijos/as en edad escolar, la modalidad de teleclases probablemente haya traído nuevas tensiones para atender, junto con los/as estudiantes, las tareas orientadas y distribuir las a lo largo de la semana, para tratar de afectar lo menos posible el proceso de aprendizaje. El cierre de otros servicios de cuidado para personas mayores y las restricciones por razones de salud en la movilidad de estas personas también eleva la demanda de cuidados al interior del hogar. Por la división sexual del trabajo, que asigna estas funciones a las mujeres, es de esperar que sean las madres y abuelas quienes apoyen a los/as estudiantes y a las personas mayores en su desempeño cotidiano.

Aumenta la violencia de género en etapa de aislamiento

La violencia de género, ejercicio de violencia sobre aquellas personas que no acatan el orden establecido por la dominación

masculina patriarcal, no es un fenómeno específico de la pandemia ni de Cuba, y aunque no son las únicas, tiene entre las mujeres sus principales víctimas. La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, emitida por la Organización de Naciones Unidas en 1993, la concibe como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”¹³.

En Cuba la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género (FMC, 2018, pp. 37-48) aborda desde diferentes aristas el tema de la violencia de género. La encuesta revela que un 26,7% de las mujeres entre 15-74 años había sido víctima de alguna de las manifestaciones de violencia en su relación de pareja en los últimos 12 meses, y otro 22,6% declaró haber sido víctima en otro momento de su vida. El tipo de violencia que prevalece es la psicológica y la económica. Sin embargo, la forma extrema de la violencia de género, el femicidio, tiene también presencia en nuestro país, si bien solo hasta el 2019 en el Informe Nacional Voluntario sobre la Implementación de la Agenda 2030 se reconoció por primera vez la existencia de este problema: en el 2016 la tasa de femicidios fue de 0,99 por 100 000 habitantes de la población femenina de 15 años y más (Gobierno de Cuba, 2019, p. 64).

El aislamiento físico puede resultar inseguro para las mujeres y niñas que estén viviendo en situaciones de violencia, ya que aumenta la cantidad de horas que conviven junto a los violentadores. Además, es probable que mantengan menos contacto con su red de apoyo y se sientan más aisladas al interior del hogar, con las consecuencias de depresión y otras afectaciones para su salud mental.

13 Declaración de Naciones Unidas (diciembre de 1993) sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. Resolución 48/104. Disponible en www.onu.org.

Las restricciones de movilidad y el cierre de servicios de apoyo, como las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia y los servicios de consejería, harán más difícil el acompañamiento oportuno de estas personas. La crisis económica y la escasez de recursos para enfrentar la vida cotidiana, probablemente aumente la dependencia económica de estas mujeres respecto a sus parejas y exparejas. En este sentido, estos hombres pueden estar sintiendo una pérdida de poder por la inseguridad económica, el miedo a perder el trabajo y el incremento del estrés, por lo que podrían elevar la frecuencia y la severidad de la violencia (ONU MUJERES, 2020).

Como puede observarse, aunque ha existido un paquete amplio y diverso para la protección de la salud, en términos sociales y laborales, la condición y posición de las mujeres en una sociedad socialista pero aún patriarcal, las sitúa como uno de los grupos más vulnerables en época de pandemia. Contrarrestar esta situación necesitará medidas de corto y mediano plazo y una visión multiactoral y sistémica. A continuación, se esbozan algunas estrategias posibles.

Medidas para promover la equidad de género en pandemia y pospandemia: Ideas para el cambio

En Cuba las acciones relacionadas con el afrontamiento a la COVID-19 se encuentran coordinadas por un Grupo de Trabajo intersectorial y multidisciplinario que es atendido en el máximo nivel del país. Esto, sin lugar a dudas, constituye una oportunidad para desarrollar respuestas que propicien la equidad de género aún en contexto de crisis. Existen varios programas de apoyo directo o indirecto para la atención a grupos vulnerables, donde las mujeres se encuentran incluidas. Por otra parte, para la etapa posterior a la pandemia, los procesos de descentralización de facultades a los gobiernos locales y la existencia de plataformas multiactorales de

gestión resultan oportunidades para el diseño, implementación y monitoreo de soluciones cercanas a las personas que se pretende beneficiar. La presencia de mujeres y jóvenes empoderados en estas plataformas podrá significar una oportunidad para incluir en la agenda soluciones que respondan a sus necesidades prácticas y estratégicas. Se deberá aprovechar la capacidad de gestión efectiva que se ha fortalecido en los gobiernos locales en la etapa de la COVID-19.

También resulta una oportunidad el fortalecimiento del tejido social; las organizaciones comunitarias y las estructuras sociales existentes que apoyaron a las personas en el afrontamiento del impacto de la COVID-19 también pueden ser muy valiosas para apoyar la recuperación.

Si bien la experiencia de la pandemia de la COVID-19 ha sido única, Cuba cuenta con una experiencia probada en la recuperación, luego del impacto de fenómenos meteorológicos, especialmente de ciclones y huracanes. Esta capacidad puede constituir una oportunidad para organizar los recursos y trazar las mejores estrategias a nivel local para la recuperación.

Sin embargo, en varias de las medidas adoptadas, aún se observa una limitada capacidad de respuesta, adaptada a las condiciones de cada lugar, donde se reconozcan los puntos de partida desiguales de mujeres y hombres en los diferentes momentos del curso de vida. Por otra parte, el limitado acceso de mujeres y hombres a recursos que empoderan no permite aprovechar su potencial productivo y los aleja de tener ingresos propios que puedan utilizar en su autonomía. La falta de instituciones de cuidado y la familiarización de este tipo de trabajo, constituye una de las razones en las que se basa la baja incorporación de mujeres

jóvenes al trabajo remunerado formal. Sobre estas grandes problemáticas se realizan las siguientes propuestas:

Ampliar la seguridad de los ingresos asociados al trabajo:

- Potenciar políticas de protección a la agricultura familiar y a pequeñas y medianas empresas:
 - Diseñar programas de protección social hacia la agricultura familiar y las micro y pequeñas empresas, especialmente aquellas coordinadas por mujeres.
 - Proponer políticas de incentivos financieros y monetarios para emprendimientos de diferente grado (individuales, cooperativos y privados) coordinados por mujeres y jóvenes: bonos productivos, precios mínimos garantizados, diseño de redes logísticas locales con circuitos cortos de comercialización, exoneraciones o exenciones fiscales temporales, prioridad en compras estatales de suministros, entre otras.
- Protección del empleo y medidas para trabajadoras en ciertos sectores: licencia de cuidados con goce de salario, garantías para mantener el empleo, protección del empleo para mujeres en situación de violencia.
- Promover incentivos fiscales diferenciados para actividades innovadoras que generen medios de vida, especialmente para mujeres, jóvenes y personas en condiciones de vulnerabilidad.
- Apoyar procesos de articulación entre gobiernos y sector privado con jóvenes interesados en lanzar iniciativas que apoyan a sus comunidades, a través de iniciativas voluntarias, como, por ejemplo, en la distribución de comestibles y

medicinas o en el apoyo a centros de innovación que trabajan en medidas tecnológicas para abordar la COVID-19.

Aumentar el acceso a los recursos que empoderan y su distribución equitativa:

- Sistemas de información: contar con datos de los impactos sobre las personas en general, con énfasis en aquellas que se encuentran en condición de vulnerabilidad, desagregados por sexo, edad, color de la piel, territorio, condición de discapacidad, y otros indicadores. Realizar también estudios prospectivos.
- Asegurar el acceso a agua potable y a la higiene y promover este trabajo como responsabilidad compartida entre mujeres y hombres.
- Fomento de minindustrias locales, incluyendo producción local de materiales de la construcción, dado el posible impacto de la temporada ciclónica y el apoyo a la inclusión de mujeres en este sector.
- Apoyar a las mujeres productoras, las cuales enfrentan mayores obstáculos que los hombres en el acceso a capacitación, tecnología y cadenas de valor.
- Diseñar e implementar programas de recalificación y de apoyo a la integración laboral, con énfasis en personas jóvenes y mujeres, que se encuentran en el trabajo informal.
- Introducir sistemas de comercialización, innovadores y responsables, de alimentos y otros productos de primera necesidad, con el apoyo de cada Consejo Popular, de forma tal que se garantice el acceso con equidad y seguridad a todas las personas. Considerar las opiniones y necesidades de las mujeres, personas mayores de 60 años y aquellas que tengan alguna discapacidad.

Fortalecer el ejercicio de los derechos de mujeres, jóvenes y personas mayores:

- Ofrecer apoyo familiar o psicosocial: estos tipos de apoyo son cada vez más importantes en un contexto de vulnerabilidad creciente y de riesgos que afectan principalmente a las mujeres y a la infancia, como situaciones de maltrato físico y emocional, violencia de género o estrés psicosocial.
- Implementar mecanismos ágiles de denuncia de violencia de género, medidas legales de distanciamientos de parejas o conocidos con casos de violencia.
- Hacer cumplir el enfoque de tolerancia cero respecto a la explotación y el abuso sexual.
- Mantener y reforzar los servicios de salud regulares, incluyendo los de salud sexual y reproductiva, y la atención a los casos de violencia contra mujeres y niñas.
- Impulsar campañas de amplia difusión de los servicios disponibles para garantizar los derechos de las mujeres.
- Fomentar, mediante plataformas virtuales, las consultas con organizaciones de mujeres, feministas y jóvenes sobre las estrategias para enfrentar la pandemia.
- Incluir, en todos los grupos de trabajo relacionados con la COVID-19, a mujeres como vía para favorecer que las soluciones respondan a sus intereses.
- Invertir en el liderazgo de las mujeres y respaldar sus redes formales e informales para contribuir a la respuesta a la COVID-19.

Referencias bibliográficas

- Alonso, R. (15 de junio de 2020). *Cuba al salvarse, salva*. Recuperado de www.cubadebate.cu/especiales/2020/06/15/cuba-al-salvarse-salva/
- Alonso, R., Figueredo, O., y Izquierdo, L. (24 de septiembre de 2020). *Retos del sistema bancario y financiero en la etapa pos-COVID-19*. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/09/24/retos-del-sistema-bancario-y-financiero-en-la-etapa-pos-COVID-19>
- Anaya, B., y García, A. (2018). Gastos básicos de las familias cubanas urbanas dependientes de salarios y pensiones: dinámica reciente. En *Economía cubana: entre cambios y desafíos*. La Habana: Ruth Casa Editorial, pp. 65-88.
- CEDEM (2020). *Boletín INFOPOB, 10*. La Habana: CEDEM.
- CEM-CEPDE (2018). *Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género. Informe de Resultados*. La Habana: Editorial de la Mujer.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2016). *Proyecciones de los hogares cubanos 2015-2030. Ejercicio experimental. Escenarios tendenciales*. La Habana: ONEI.
- Cubadebate (11 de mayo de 2020). *Garantías laborales y apuntes sobre la transportación en tiempos de COVID-19*. Recuperado de [cubadebate/noticias/2020/05/11/garantias-laborales-y-apuntes-sobre-la-transportacion-en-tiempos-de-covid-19](http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/05/11/garantias-laborales-y-apuntes-sobre-la-transportacion-en-tiempos-de-covid-19)
- Delgado, D. (2014). *Dinámica familiar, trabajo por cuenta propia y remesas. Estudio de casos en familias del barrio capitalino El Vedado, Cuba*. La Habana: CIPS.
- Delgado, D. (2017). Efectos del uso diferenciado de las remesas en la desigualdad social. Un estudio en la capital cubana. En *Nuevas diferencias: desigualdades persistentes en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO, pp. 187-234.
- Díaz, I., y Echevarría, D. (2015). Mujeres emprendedoras en Cuba: un análisis imprescindible. En *Miradas a la economía cubana: análisis del sector no estatal*. La Habana: Editorial Caminos, pp. 145-158.

- Echevarría, D., Tejuca, M., y Pañellas, D. (2019). *Brechas de equidad, Consejo Popular Príncipe. Informe de resultados*. La Habana: Universidad de La Habana.
- Figueredo, O., Izquierdo, L., y Carmona, E. (7 de febrero de 2020). *Cuba en datos: Más cubanos se sumaron a trabajar en 2019*. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/05/07/cuba-en-datos-más-cubanos-se-sumaron-a-trabajar-en-2019>
- Figueredo, O., Izquierdo, L., y Carmona, E. (9 de enero de 2020). *Decenio 2010-2019: Diez aspectos que marcaron la actualización del modelo económico cubano*. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/01/09/decenio-2010-2019-diez-aspectos-que-marcaron-la-actualizacion-del-modelo-economico-cubano/>
- FMC (2018). *Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género*. La Habana: Editorial de la Mujer.
- FMC (2016). *Informe Cuba. XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de la CEPAL*. Montevideo: CEPAL.
- Gobierno de Cuba (2019). *Cuba: Informe Nacional Voluntario sobre el cumplimiento de la Agenda 2030 sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. La Habana.
- González, I. (14 de enero de 2020). *Política de género llegó para quedarse en el agro cubano*. Recuperado de <http://www.ipsnoticias.net/2020/01/14/politica-genero-llego-que-darse-agro-cubano/>
- Íñiguez, L., Figueroa, E., y Rojas, Y. (2017). *Atlas de la infancia y la adolescencia en Cuba. Análisis a partir del Censo de Población y Viviendas del 2012*. La Habana: Universidad de La Habana.
- Martínez, A. (2018). *Innovar redes de difusión de innovación para la productividad agropecuaria del municipio Camajuaní*. La Habana: Tesis presentada en opción al título de Doctora en Sociología, Universidad de La Habana.
- MINSAP (2020). *Anuario Estadístico de Salud*. La Habana: MINSAP.
- MTSS (2016). *Información sobre los trabajadores por cuenta propia*. La Habana: s/e.

- ONEI (2019). *Anuario Demográfico de Cuba 2018*. La Habana: ONEI.
- ONEI (2019). *Anuario Estadístico de Cuba, 2018*. La Habana: ONEI.
- ONEI (2020). *Capítulo Empleo y Salarios, 2019, Anuario Estadístico de Cuba*. La Habana: ONEI.
- ONEI (2014). *Censo de población y viviendas 2012*. La Habana: ONEI.
- ONEI-CEPDE-CITED (2019). *Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población, 2017*. La Habana: ONEI.
- ONU MUJERES (2020). *Prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ONU MUJERES.
- Piñeiro, C. (2018). *Desempeño socioeconómico de las cooperativas no agropecuarias: contribución de sus principales determinantes*. La Habana: Universidad de La Habana.
- Romero, M. (2019). *Género, cuidado de la vida y política social en Cuba. Estrategias, actores y recomendaciones para una mayor corresponsabilidad*. La Habana: Fundación Friedrich Ebert.
- Silva, Y. (2 de junio de 2020). *Cuba mantiene las medidas de protección laboral y salarial ante la COVID-19*. Recuperado de www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-06-02/

Situación de las mujeres durante la pandemia de la COVID-19 en República Dominicana

Rossana Gómez Ramírez

Comunicadora e investigadora social, egresada de la carrera de Comunicación Social (Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay). Máster en Comunicación (Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia). Ha trabajado temas de género en instituciones públicas y organizaciones sociales. Ha desarrollado investigaciones sobre democracia y cultura política; desigualdad de género y justicia social; comunicación, derechos y ciudadanía. Forma parte de la colectiva feminista Insumisas RD.

Aris Balbuena García

Investigadora social. Graduada de Economía (Universidad Autónoma de Santo Domingo). Máster en Desarrollo Rural (Universidad Autónoma Metropolitana de México, unidad Xochimilco). Ha trabajado temas de análisis de políticas sociales, presupuesto público y género. Actualmente labora en el Instituto de Investigación Social para el Desarrollo, forma parte de la red FESminismos de la Fundación Friedrich Ebert y de la colectiva feminista Insumisas RD.

Contexto

El reconocimiento generalizado de las desigualdades de género y su impacto negativo, tanto en la vida de las mujeres como en el conjunto de la sociedad, no es algo reciente y así lo refleja la articulación de agendas y acuerdos internacionales, puesta en marcha desde hace décadas para su erradicación y por la garantía de los derechos de las mujeres. Sin embargo, este reconocimiento no se ha traducido en medidas suficientes que efectivamente transformen esta realidad, o al menos no con la radicalidad que se demanda.

Aunque el progreso de las sociedades en términos del nivel de bienestar que pueden proveer a los individuos ha implicado mejoras generalizadas para el colectivo, la prevalencia de las estructuras de desigualdad conlleva la permanencia de brechas y su interacción con nuevos retos genera su profundización y manifestación en nuevas formas. La preminencia de los riesgos del cambio climático demanda incorporar en el análisis de las desigualdades y el diseño de políticas públicas la valoración de la capacidad de respuesta y recuperación ante las crisis que muestran los distintos segmentos de la población, es decir, su capacidad de resiliencia.

La posición de desventaja socioeconómica y política en que se encuentran los grupos tradicionalmente excluidos implica que, en momentos extraordinarios de crisis, su condición empeore, no solo asociado a la crisis en sí misma, sino a la falta de recursos y capacidades para afrontarla, debido a la situación de injusticia social previa. La pandemia de la COVID-19 así lo ha puesto de manifiesto.

Si bien el nivel de impacto que ha tenido la pandemia permite catalogar la crisis ocasionada como global, América Latina y el Caribe (ALC), como región, ha presentado vulnerabilidades particulares asociadas a factores como los altos niveles de “informalidad laboral, la baja productividad, la urbanización precaria, el alto grado de pobreza y desigualdad, y la gran disparidad de género, así como el hecho de que sus sistemas de salud y protección social son frágiles y fragmentados” (CEPAL, 2020a, p. 2).

Se estimaba que en ALC la caída del Producto Interno Bruto (PIB) para finales de 2020 sería de un 9,1%, el PIB per cápita disminuiría a niveles similares a lo registrado en 2010, el desempleo aumentaría en 5,4 puntos porcentuales y la pobreza general y extrema se incrementaría de 30,3% y 11,2% respectivamente

en 2019 a 37,3% y 15,6% en 2020 (CEPAL, 2020a). Se prevé un impacto diferenciado entre mujeres y hombres con un incremento en las desigualdades, considerando que: en la región el 78% de las mujeres ocupadas laboran en los sectores más afectados de la economía; las mujeres dedican el triple del tiempo que los hombres al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, carga que ha podido aumentar con las medidas de confinamiento, el cierre de las escuelas y el aumento de las personas enfermas; las mujeres están sobrerrepresentadas en actividades vinculadas al cuidado en la esfera de lo público y que implican mayor exposición al contagio de la COVID-19, como el sector salud, en el cual representan el 72,8% de las personas ocupadas; las medidas de confinamiento colocan a muchas mujeres y niñas en situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia, dados los altos niveles de ocurrencia en el ámbito familiar (CEPAL, 2020a).

Los impactos de la COVID-19 ya registrados y los pronósticos para República Dominicana indican una tendencia similar que en el resto de la región. En el período enero-junio de 2020 la economía se contrajo un 8,5% en relación con la misma etapa del año 2019 y se estimaba que, para final de año, el decrecimiento sería de un 4% (Dirección General de Presupuesto, 2020). Unos 530 392 empleos formales se perdieron en el período febrero-mayo, aunque se aprecia una leve mejoría con la reactivación de la economía, en tanto 194 595 trabajadores/as han ingresado al mercado de trabajo formal de mayo a junio (Dirección General de Presupuesto, 2020). Se estimaba un incremento de la pobreza extrema de 2,2 puntos porcentuales y de 4,4 de la pobreza general y un aumento de la desigualdad con una variación del índice de Gini entre un 3% y un 3,9% (CEPAL, 2020b).

Dadas las desigualdades de género en el país, expresadas como brechas entre mujeres y hombres y como rezagos en la atención a

realidades particulares que las afectan a ellas, las consecuencias de la crisis serán diferenciadas, lo cual amerita ser considerado en las medidas de respuesta y recuperación. También es importante señalar que las desigualdades de género se interrelacionan con otros ejes de desigualdad (pobreza, edad, raza, estatus migratorio, entre otros), que también deben estar presentes en las acciones de respuesta ante la coyuntura.

Los efectos de la COVID-19 y las medidas implementadas en República Dominicana hasta la fecha se superponen a un escenario base de limitaciones importantes en la autonomía económica y física de las mujeres, reflejadas en la feminización de la pobreza, la inserción precaria de las mujeres en el mercado laboral y la sobrecarga de trabajo de cuidados, los altos niveles de incidencia de la violencia de género y la vulneración del derecho a la salud, especialmente la sexual y reproductiva.

Feminización de la pobreza monetaria, de tiempo y brechas en el mercado laboral

En el país el índice de feminidad de la pobreza para el año 2018 era de 139,3 y de 137,9 en el caso de la pobreza extrema, lo cual indica una brecha de más de 30 puntos en la tasa de pobreza entre hombres y mujeres, en detrimento de estas últimas (CEPAL, s./f.). Estos valores también se encuentran por encima de la media para América Latina, que registra un índice de feminidad de 116,9 de la pobreza general y de 113,0 de la extrema (CEPAL, s./f.).

Las estadísticas del mercado de trabajo, en el cuarto trimestre de 2019, dan cuenta de menor tasa de ocupación de las mujeres frente a los hombres (53,2% *versus* 75,5%) y de una mayor tasa de desocupación (8,7% *versus* 3,5%) (Banco Central de la República Dominicana, 2020). La tasa de inactividad en las mujeres es más

del doble que en los hombres, con un 46,8% frente a 21,6% (Banco Central de la República Dominicana, 2020).

La participación de las mujeres en actividades remuneradas se dificulta por la carga de trabajo de cuidados que deben asumir, dada la falta de políticas públicas efectivas orientadas a la oferta de servicios de cuidados suficientes, la falta de provisión efectiva de servicios básicos que reduzcan el tiempo de trabajo necesario en los hogares (por ejemplo, garantía de acceso de agua potable) y la inexistencia de medidas que contribuyan a la desnormalización de los roles y estereotipos de género que sustentan la división sexual del trabajo.

Un estudio realizado por la Oficina Nacional de Estadística y el Ministerio de la Mujer, a partir del módulo sobre Uso del Tiempo incluido en la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR, 2016), pone en evidencia que el trabajo no remunerado y de cuidado recae sobre las mujeres, quienes dedican al trabajo no remunerado, en promedio por semana, un poco más del triple de horas que los hombres (31,2 horas en comparación con 9,6) y cinco veces el tiempo que estos destinan al trabajo de cuidados (15,7 horas a la semana frente a 3,1) (Ministerio de la Mujer y Oficina Nacional de Estadística, 2018).

En el país no existe una política pública integral de cuidados. La oferta de servicios públicos de cuidado es dispersa e insuficiente para cubrir las necesidades de las personas cuidado-dependientes (niñez, individuos con discapacidad y envejecientes no autónomos), además de que no existe un sistema de garantías que proteja y reconozca el trabajo de todas las personas cuidadoras, remuneradas y no remuneradas (Gabinete de Coordinación Políticas Sociales (GCPS) y Programas de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018).

Como se señaló, lo anterior interactúa con las limitaciones en la provisión de infraestructura de servicios básicos, en tanto en 2019 un 18,9% de los hogares presentaba deficiencias de saneamiento básico, ya sea por tener servicio de agua o servicio sanitario deficiente o ambos (MEPYD, 2020). Para este mismo año, se registra que un 86,5% de viviendas a nivel nacional tiene acceso al agua potable, pero este porcentaje se reduce a 68,8% para la zona rural (MEPYD, 2020). Asimismo, según datos de la ENHOGAR (2018), de los hogares que reciben agua potable del acueducto, un 9,2% solo tiene servicio de agua una vez a la semana y 44,9%, de dos a tres días (Oficina Nacional de Estadística, 2019a). Este tipo de deficiencias no solo implica que las personas dedicadas al cuidado, predominantemente mujeres, deban invertir más tiempo en estas tareas, sino que en el contexto de la pandemia muchas familias no tenían la posibilidad de implementar las medidas más básicas de cuidado, como el lavado frecuente de manos.

Violencia de género

Por otro lado, la pobreza de ingresos y de tiempo coloca a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia, en tanto la falta de autonomía económica las expone a establecer vínculos de dependencia. De acuerdo con la Encuesta Experimental sobre la Situación de las Mujeres (ENESIM, 2018), aplicada a mujeres de 15 años y más, un 68,8% reportó haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de toda su vida y un 55,9% dijo haberla sufrido en los 12 meses anteriores al estudio (Oficina Nacional de Estadística, 2019b). Atendiendo a la situación laboral, las mujeres en condición de desocupación reportaron en un 83,7% haber sufrido violencia en algún momento de su vida (Oficina Nacional de Estadística, 2019b).

La ENESIM también recoge una alta incidencia de la violencia en el contexto de pareja, con un 41,8% de las entrevistadas que declaró haber sido víctima de violencia por su pareja a lo largo de su vida y, el 34,5% la había sufrido en los 12 meses anteriores al estudio (Oficina Nacional de Estadística, 2019b). Atendiendo al panorama que presentan estas estadísticas, se presume que las medidas de confinamiento aumentaron la exposición a la violencia de género, por ser las propias parejas los agresores en un elevado número de casos.

La alta tasa de feminicidios en el país es la manifestación más brutal de la violencia de género: para el año 2018, República Dominicana ocupó el quinto lugar entre los países de América Latina con mayor tasa de feminicidios por cada 100 000 mujeres, con un 1,9, antecedido por El Salvador (6,8), Honduras (5,1), Bolivia (2,3) y Guatemala (2,0) (Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, s./fa).

Un estudio de Naciones Unidas en el que se comparan las cifras de feminicidios oficiales con los casos reportados en medios de comunicación, indica que, según los datos de la Procuraduría General de la República, durante el 2019 se produjeron 77 feminicidios, mientras que el levantamiento de medios da cuenta de al menos 89 feminicidios para el mismo período (Naciones Unidas República Dominicana y UNFPA, 2020). Las cifras oficiales, a pesar de ser altas, pueden adolecer de subregistros asociados a cómo se define el feminicidio que, en el caso de República Dominicana, se considera como tal solo en caso de tratarse de homicidios de mujeres perpetrados por la pareja o expareja (Naciones Unidas República Dominicana y UNFPA, 2020).

Salud sexual y reproductiva

En sentido general, el sistema de salud dominicano presenta fuertes limitaciones para garantizar el derecho a la salud, asociado a la baja inversión pública en el sector¹ y a una atención sanitaria deteriorada y deficiente (ADESA, 2019), la imposición de un modelo asistencial hospitalario en contraposición a la promoción y prevención (Duval, 2015) y la privatización y segmentación de la seguridad social, que implica acceso a servicios de salud diferenciados, con la consecuente reproducción de las desigualdades socioeconómicas², entre otros.

En este escenario de deterioro general, la demanda sobre el sistema de salud, debido a la pandemia, ha presionado la orientación de mayores recursos hacia la atención de la emergencia sanitaria, con una posible desatención de la demanda ordinaria de servicios de salud. Los impactos diferenciados por razones de género podrían manifestarse principalmente en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Algunos indicadores clave para valorar esta dimensión son la fecundidad en adolescentes y la mortalidad materna, pues se vinculan de forma muy directa al acceso oportuno a la atención sanitaria de calidad, a consejería en salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en sentido general.

De los países categorizados con un desarrollo humano alto, la República Dominicana es el que registra la mayor tasa de

1 El gasto promedio en salud del Gobierno Central para el período 2008-2019 no alcanza al 2% del PIB (Dirección General de Presupuesto, 2020).

2 Las personas afiliadas al Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado solo tienen cobertura en la red de hospitales públicos, mientras que los/as afiliados/as al Contributivo reciben atención en centros de salud públicos y privados. De acuerdo con Mesa-Lago (2009), la segmentación reproduce las desigualdades ya existentes, pues crea un esquema específico para pobres, en desmedro de la universalidad en el derecho a la atención sanitaria.

fecundidad en adolescentes: 100,6 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2017). Según la ENDESA (2013), 11% de las mujeres casadas o unidas del país tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, cifra más alta entre las mujeres jóvenes que alcanza un 27% en las de 15-19 años y un 21% en las de 20-24 años (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2014). El porcentaje de partos en adolescentes, atendidos en centros de la red pública de salud, se mantiene por encima del 20% en el período 2005-2019 (excepto el año 2011, en el que representó el 16,9%) y alcanza un 24% en el último año de la serie (MEPyD, 2020).

Aunque a nivel nacional se estima³ el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud en un 97,9%, la atención por profesionales en 98,6% y las embarazadas que reciben cuatro o más controles prenatales en 92,9% (MEPyD, 2020), la mortalidad materna se mantiene en niveles altos. Para el año 2019 la tasa de mortalidad materna fue de 94,8 por cada 100 000 nacidos vivos (MEPyD, 2020), situándose por encima del promedio para América Latina: 74 por 100 000 nacidos vivos (Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, s. fb).

La implementación de medidas de respuesta y recuperación a la crisis sin considerar esta realidad, que se mantiene y reproduce con anterioridad a la pandemia por la falta de políticas efectivas para el logro de la igualdad de género, aumenta las probabilidades de que estas desigualdades se profundicen.

Medidas de respuesta a la pandemia ¿de espaldas a las desigualdades de género?

Las medidas tomadas frente a la COVID-19, en sentido general, se han orientado a la prevención sanitaria, la compensación de ingresos y los estímulos económicos, centrando su intervención en las dimensiones sanitaria y económica de la crisis.

Para controlar la expansión de la COVID-19 se tomaron medidas de distanciamiento social, confinamiento parcial, de control de la movilidad (interna y externa) y se implementaron protocolos de salud en el espacio público y espacios privados de uso público o colectivo. En esta línea, se ejecutaron acciones como el cierre de fronteras, la suspensión de actividades económicas no esenciales, la distinción de horario de inicio de labores entre sector público y privado, la reactivación de actividades económicas bajo protocolos de prevención, incluyendo limitaciones en la cantidad de personal permitido, el establecimiento de toques de queda, la suspensión de la docencia (con asistencia física) a todos los niveles, el aumento del patrullaje de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas, la prohibición de la circulación de autobuses y minibuses interurbanos, la OMSA⁴, el metro y el teleférico y un posterior ajuste de la medida con limitación del número de pasajeros, el uso obligatorio de mascarillas, y la reapertura con aforo limitado de actividades que implican aglomeración, entre otras (Ministerio de la Presidencia, 2020, 26 de abril).

Para manejar y amortiguar la crisis económica se desplegaron acciones de tipo fiscal, como la ampliación de plazos para pagos de impuestos, medidas monetarias, incluyendo la reducción de encaje legal, disminución de las tasas de interés, y disposición de fondos

⁴ Servicio público de transporte, identificado con las siglas de la Oficina Metropolitana de Servicios de Autobuses (OMSA), responsable de este.

para préstamos a hogares y MIPYMES, entre otras (Ministerio de la Presidencia, 2020, 26 de abril).

Por su parte, las medidas de compensación de ingresos se organizaron en tres programas principales: Fondo de Asistencia Solidaria a Empleados (FASE), “Quédate en Casa” y “Pa’ Tí”.

“Quédate en Casa” es un subsidio económico temporal a hogares y personas que busca garantizar la seguridad alimentaria de los hogares más vulnerables; se implementa a través de la infraestructura ya existente del programa de transferencias condicionadas “Progresando con Solidaridad” (PROSOLI), aunque se dirige a un número más amplio de la población, cubriendo a los hogares empobrecidos originalmente beneficiarios de PROSOLI y a otros hogares vulnerables que se encuentran sobre la línea de pobreza, identificados en la base de datos del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), pasando de los 850 000 hogares de PROSOLI a 1,5 millones (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020). El subsidio otorgado fue de RD\$ 5 000 para todos los hogares beneficiarios, con RD\$ 2 000 adicionales para hogares donde el jefe o jefa son mayores de 60 años (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).

El programa FASE consiste en un apoyo económico para el pago de salarios, dirigido a empresas privadas que cotizan en la Tesorería de la Seguridad Social, con registro de empleados suspendidos y que han cerrado sus operaciones por la caída de la actividad económica (FASE 1) y empresas manufactureras y MIPYMES que continúan operando y mantienen su plantilla de empleados sin cambios (FASE 2) (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020). Las transferencias monetarias pueden ser de RD\$ 5 000 a RD\$ 8 500, variando según el salario base (FASE 1), o un aporte fijo de RD\$ 5 000 por trabajador (FASE 2) (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).

Con el objetivo de llegar a trabajadores/as independientes, también se implementó el programa Pa' Ti que consiste en una transferencia de RD\$5 000 mensuales a trabajadores/as independientes afectados por las medidas de distanciamiento social y que no estén siendo beneficiados por los demás programas (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020). Para identificar a posibles beneficiarios/as se utilizó como referencia la clasificación que asigna la Superintendencia de Bancos y el reglamento de evaluación de activos, es decir, solo se consideran trabajadores/as con vinculación al sistema crediticio formal y con estas bases de datos se determinó una cifra de 202 000 trabajadores/as independientes (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).

También se han entregado transferencias en especies mediante el Programa de Alimentación Escolar y raciones de alimentos por parte del Plan Social de la Presidencia de la República y a través de los Comedores Económicos del Estado (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).

Considerando el contexto de desigualdad de género que antecede a la crisis, es preciso ahondar sobre el impacto de estas medidas en la vida de las mujeres y analizar si se implementaron algunas acciones particulares en atención a las problemáticas específicas que afectan a las mujeres en el país.

Mercado de trabajo y pobreza

Las medidas de distanciamiento adoptadas para evitar los contagios por COVID-19 implicaron un efecto de doble vía en las actividades económicas: por un lado, tuvieron que cesar las operaciones de las actividades declaradas no esenciales y, por otro, las mismas medidas de restricción a la asociación y movilidad provocaron una caída de la demanda. Al analizar el comportamien-

to del mercado de trabajo de enero a junio del 2020 en comparación con el mismo período del 2019, las estadísticas del Banco Central de la República Dominicana (2020) muestran que:

- En el primer trimestre de 2020 el número de empleos se había reducido en 42 764 con respecto al año pasado, mientras que en el segundo trimestre se perdieron 410 367 empleos en relación con igual período de 2019, para una reducción de 8,8%.
- Las bajas para el segundo trimestre ocurrieron principalmente en los sectores Otros servicios (42,6%), Comercio (25,8%) y Hoteles, bares y restaurantes (15,9%), concentrando en conjunto el 84,3% de la pérdida total de empleos.
- Las mujeres fueron más afectadas en el mercado de trabajo, considerando que en el segundo trimestre de 2019 estas representaban el 40,5% del total de personas ocupadas, mientras que para el mismo período de 2020 representaron el 39,9%. Si bien se afectó la situación laboral de hombres y mujeres en sentido general y en términos absolutos (los hombres son mayoría en la pérdida de empleo, dado que estos constituyen mayoría en el mercado de trabajo), en términos relativos la crisis impactó más a las mujeres. Esto se aprecia con claridad al considerar que el número de ocupadas en el segundo trimestre de 2020 disminuyó en un 10,1% en relación con el segundo trimestre de 2019, mientras que para los hombres la reducción fue de un 7,9%.

El mayor impacto de la crisis en el empleo femenino se vincula a que las mujeres están sobrerrepresentadas en los sectores más afectados. Para el período 2014-2019, los sectores Otros servicios, Comercio y Hoteles, bares y restaurantes (los más afectados por

la COVID-19 en términos de trabajo), absorbieron en promedio alrededor del 61% del empleo femenino (Banco Central de la República Dominicana, 2020). Esto muestra cómo, en el modelo económico vigente, las mujeres se han insertado en actividades que resultan ser las menos resilientes ante los choques.

Si bien la magnitud y características de la crisis actual se relaciona con el tipo de fenómeno que la desata (un nuevo virus de fácil transmisión que alcanza la categoría de pandemia), conviene analizar la coyuntura como una de las formas en que se concretan los riesgos asociados al cambio climático y no como un hecho aislado, de manera que podamos reconocer y accionar ante las vulnerabilidades que presenta la República Dominicana, en sentido general y para grupos poblacionales específicos.

Aspectos como la geolocalización del país y el carácter de isla son condiciones dadas que interactúan con las vulnerabilidades de carácter social y político, ocasionando que los efectos de las crisis se distribuyan de manera desigual en la población, tal como lo evidencian los impactos diferenciados de la COVID-19 entre hombres y mujeres. Las desigualdades socioeconómicas y políticas son vulnerabilidades que deben ser objeto de intervención de las políticas públicas, de manera que contribuyan a la constitución de una sociedad más justa y una ciudadanía resiliente.

Tomando en cuenta lo anterior, no puede valorarse como casualidad, o al menos no debe ser ignorado, que las actividades más afectadas por la pandemia también sean las que generan parte importante del empleo femenino. De acuerdo con De Oliveira y Ariza (2000), la división sexual del trabajo en las familias guarda relación con la segregación ocupacional y la discriminación presentes en los mercados de trabajo, lo cual puede apreciarse en cómo el trabajo ex-

tradoméstico de las mujeres se concentra en actividades vinculadas al cuidado y de baja remuneración. Estas autoras también señalan que el avance de las empresas transnacionales ha traído mayores posibilidades de empleo para las mujeres, dado que buscan maximizar beneficios a costa de mano de obra barata, por lo que la desvalorización del trabajo femenino representa una oportunidad en este sentido (De Oliveira y Ariza, 2000). Es decir, el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo se da un contexto de precarización del empleo.

En el caso de República Dominicana se verifica esta segregación del mercado laboral con una concentración del empleo femenino en actividades remuneradas de cuidado y en sectores de baja remuneración. Así, las mujeres representan más del 90% de las personas ocupadas en el servicio doméstico. Al comparar las estadísticas del segundo trimestre de 2019 con las de 2020, se aprecia que una quinta parte (20,8%) de la caída del empleo a raíz de la crisis por la COVID-19 se registró en esta ocupación y que unas 69 648 trabajadoras dedicadas a esta actividad perdieron su empleo (Banco Central de la República Dominicana, 2020). La condición de vulnerabilidad de las trabajadoras domésticas es anterior a la crisis, debido a la falta de regulación en el sector que reconozca y proteja los derechos laborales que, como trabajadoras (y trabajadores), les corresponde a quienes se desempeñen en esta ocupación (Batista, 2018).

De igual forma, la extrapolación de la división sexual del trabajo al mercado laboral también ha conllevado que las mujeres sean mayoría en el empleo del sector salud. En el conjunto del personal contratado por el Servicio Nacional de Salud (2019) (entre personal administrativo, médico y enfermeras), las mujeres representan el 77,1%. Dentro de este sector, el personal de enfermería, conformado en un 90% por

mujeres⁵, ha sido de los más afectados por la pandemia en términos de exposición al contagio. Aunque el Ministerio de Salud afirma que hasta noviembre de 2020 han sido 603 miembros del personal de salud los contagiados, Francisca Peguero de la Asociación Nacional de Enfermería (ASONAEN) resaltó que solo en su gremio se estima en 800 el número de enfermeras contagiadas en el marco de la práctica de sus trabajos.

Para Peguero el efecto de la emergencia se expresa mucho más allá de esos números: “El impacto ha sido devastador, tanto físico como emocional, económico, social, laboral y familiar”. La entrevistada resaltó las malas condiciones en un contexto de alta presión y estrés que ha provocado estados depresivos y otras afecciones colaterales a la COVID-19.

Las autoridades sanitarias no implementaron medidas suficientes para cuidar la salud de un personal imprescindible. Por ejemplo, no se previó la disposición de transporte (al ser los traslados un foco de contagio). Ante esto, explicó Peguero, las enfermeras tuvieron que asumir el costo de taxis sin que este gasto extraordinario fuera tenido en cuenta en el paquete de incentivos, ni tampoco la reestructuración de las guardias y horarios de trabajo que se tuvieron que realizar debido a la emergencia.

La sobrecarga de trabajo ya se registraba con anterioridad a la pandemia. República Dominicana tiene 3,9 enfermeras profesionales por cada 10 000 habitantes (SNS, 2019) en comparación con Cuba que tiene 81,30 o Estados Unidos y Canadá que poseen respectivamente más de 111 y 106 enfermeras por cada 10 000 habitantes (OPS, 2020, 8 de mayo). Junto a Honduras y Haití, República Dominicana es de los países con menor cantidad de

5 Dato aportado por Francisca Peguero, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermería (ASONAEN), en entrevista para la realización de este informe.

personal de enfermería en la región (Cassiani, S.H.B. *et al.*, 2018). El país cuenta con más médicos que enfermeras (3,7) (SNS, 2019), cuando la recomendación es precisamente contraria, dada la especificidad de trabajos de cada cual: lo aconsejable es que existan más enfermeras por cada médico o médica. Por el contrario, en República Dominicana la tasa es de 0,18 enfermeras por cada médico (Cassiani, S.H.B. *et al.*, 2018).

Asimismo, se constata que justamente los sectores Otros servicios, Comercio y Hoteles, bares y restaurantes, los más afectados por la crisis y que concentran más del 50% del empleo femenino, son aquellos en los cuales se perciben menores ingresos promedio por hora, con RD\$ 87,5, RD\$ 95,6 y RD\$ 98,0, respectivamente, para el período octubre- diciembre de 2019, solo por encima del sector Agricultura y Ganadería (RD\$ 71,6) (Banco Central de la República Dominicana, 2020).

Las brechas salariales también se constatan en el sector salud. El ingreso promedio del personal médico es de RD\$ 56 097 y se verifica una diferencia negativa para las mujeres de 1,6% por debajo del promedio, mientras que para los hombres la diferencia es de un 5,4% por encima. Esta brecha se explica por la jerarquía de los cargos ocupados por los médicos en puestos de jefe de servicios, especialistas, médicos generales, etc. (SNS, 2019).

Las medidas dirigidas al mercado laboral excluyeron a trabajadores y trabajadoras en condición de mayor vulnerabilidad. La asistencia a través del programa FASE se dirigió a empresas formalizadas y que además estuvieran al día en el pago de sus obligaciones con la seguridad social, lo cual implica una penalidad a la persona trabajadora (no poder ser incluido en FASE y correr mayor riesgo de pérdida de empleo), por una falta del empleador (Rodríguez, 2020). De igual forma, el alcance

del programa Pa' Ti ha estado restringido por el mecanismo utilizado para identificar a beneficiarios/as, pues solo se consideran trabajadores/as con vinculación al sistema crediticio formal⁶ (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).

De acuerdo con estadísticas del Ministerio de Trabajo (2020), entre abril y octubre de 2020 un total de 926 267 empleados/as habían sido beneficiados por el programa FASE (I y II), de los cuales un 56,7% fueron hombres y un 42,0% mujeres. Esta distribución es similar a la participación de mujeres y hombres en el total del empleo formal para el cierre de 2019, con 46,5% y 53,5% respectivamente, aunque con variaciones ligeras en detrimento de las mujeres.

Tabla 1. Distribución porcentual de personas beneficiarias de programa FASE I y FASE II por sexo, abril-octubre de 2020

| Sexo | Distribución personas beneficiarias de FASE | | | Distribución de la ocupación formal, cuarto trimestre de 2019 |
|-----------------|---|---------|-------|---|
| | FASE I | FASE II | Total | |
| Masculino | 55,7% | 58,1% | 56,7% | 53,5% |
| Femenino | 44,2% | 39,7% | 42,0% | 46,5% |
| No especificado | 0% | 2,3% | 1,4% | - |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente: Elaboración propia, a partir de estadísticas del Ministerio de Trabajo, obtenidas mediante la Oficina de Acceso a la Información Pública y estadísticas del mercado laboral del Banco Central.

6 Uno de los requisitos para recibir el subsidio Pa' Ti es tener un préstamo registrado, con su cédula de identidad, como trabajador por cuenta propia el 29 de febrero de 2020 en una entidad de intermediación financiera (EIF) supervisada por la Superintendencia de Bancos (SIB) o un programa de financiamiento administrado por el Gobierno Central.

A pesar de que las mujeres se concentran en actividades y ocupaciones específicas, lo cual facilita dirigir medidas particulares para atender los impactos de la crisis en el empleo femenino, no se contemplaron acciones focalizadas de respuesta en este sentido. Los incentivos dirigidos al personal de salud, medida que pretendió responder a la situación de mayor exposición y demanda de trabajo que tuvo el sector, pudo tener algún efecto positivo en el empleo femenino, dada su mayor participación en el sector en comparación con los hombres.

Se dispuso de un incentivo especial de RD\$ 5 000 a todo el personal operativo del Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud, Promese/Cal, con un monto para las y los médicos de RD\$ 10 000 (Ministerio de la Presidencia, 2020, 26 de abril). Además, mediante acuerdo entre la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, las administradoras de riesgos de salud y la Asociación de Clínicas Privadas, se benefició con tarifas mejoradas a médicos especialistas infectólogos, internistas, neumólogos e intensivistas con el incremento de sus honorarios, entre RD\$ 800 a RD\$ 2 000 por paciente por día, así como un incremento a especialistas que realicen interconsultas a pacientes internos en aislamiento por COVID-19, de los RD\$ 800 actuales a RD\$ 1 500 por día y por paciente (Ministerio de la Presidencia, 2020, 26 de abril).

Las enfermeras se beneficiaron del incentivo salarial de RD\$ 5 000, un monto considerado deficitario por el conjunto del gremio, dado el nivel de riesgo que ha asumido en la atención a pacientes de COVID-19. Las enfermeras profesionales reciben un salario promedio de 39 993, mientras que a las auxiliares les corresponde 30 478 (SNS, 2019).

En este período de emergencia el cuerpo de enfermeras ha realizado varios reclamos al gobierno nacional, como equipos de protección individual, nombramientos de nuevo personal, alimen-

tación adecuada, insumos para higiene, pago de incentivos acorde al desempeño y la exigencia, ocupación de puestos según manual de cargos y perfiles, medidas de seguridad para traslados a lugares de trabajo, aumento del PIB para salud y la puesta en ejecución de la atención primaria como vía más importante para controlar y detener la pandemia. Asimismo, han demandado la reposición de personas que han sido despedidas, incluso en plena etapa de emergencia (aproximadamente 200)⁷.

Sobre el acceso a los programas de compensación de ingresos de las y los trabajadores informales, es posible que una proporción se beneficie de las transferencias dirigidas a los hogares, incluyendo las trabajadoras domésticas. Un análisis del PNUD de la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo, indica que en el 49% de los hogares en condición de pobreza o vulnerabilidad hay al menos una persona trabajadora informal y que en el 39% de los hogares en esa misma condición, todas las personas trabajadoras son informales (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020), por lo que podrían estar recibiendo el subsidio Quédate en Casa.

Aun así, la protección a las y los trabajadores/as informales ha sido limitada por los requisitos de acceso impuestos en los programas FASE y Pa' Ti. El mismo informe del PNUD señala que en el 54% de los hogares no pobres ni vulnerables al menos una persona trabajadora es informal y en el 35% todos son informales (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020), lo que da cuenta de una proporción de la población desprotegida por el requerimiento de formalidad que condiciona los beneficios de FASE.

Tampoco se dirigió ninguna acción específica para el auxilio económico de las trabajadoras domésticas y no ha sido posible constatar en qué medida han podido ser alcanzadas por el programa Quédate en Casa.

7 Entrevista a Francisca Pequero, presidenta de ASONAEN.

La forma en que la pandemia ha impactado el mercado de trabajo se vincula, en sentido general, con el modelo económico que se ha promovido mediante el incentivo de actividades económicas con aportes dudosos a la generación de bienestar social (Melgen y Muñiz, 2020) y un sistema de seguridad social privatizado con escasa cobertura efectiva (Bosch y Fernández, 2019). Por ende, la COVID-19 encuentra un país con alta informalidad laboral, bajos salarios y con limitada protección laboral.

Las condiciones antes señaladas interactúan con las desigualdades de género, que colocan a las mujeres en situación de desventaja frente a los hombres. El resultado es una distribución desigual de los efectos de la crisis entre hombres y mujeres, en detrimento de estas últimas, que puede profundizar las desigualdades de género en el largo plazo si no se toman las medidas necesarias.

Por otro lado, dada la mayor incidencia de la pobreza en las mujeres, estas han sido mayoría en la población beneficiada de Quédate en Casa. Para el trimestre julio-septiembre de 2020, 1 724 168 hogares recibieron este subsidio, en los cuales un 67,3% de las personas receptoras fueron mujeres.

Tabla 2. Distribución de hogares beneficiados por el programa Quédate en Casa/ Comer es primero, según sexo de la persona perceptora de la transferencia

| | Valores absolutos | | | Distribución porcentual | |
|---|-------------------|-----------|-----------|-------------------------|-------|
| | Hombre | Mujer | Total | Hombre | Mujer |
| Comer es primero/Quédate en Casa (PCP), julio- septiembre de 2020 | 564 460 | 1 159 708 | 1 724 168 | 32,7% | 67,3% |
| Comer es primero, enero-marzo de 2020 | 269 162 | 526 277 | 795 439 | 33,8% | 66,2% |

Fuente: Informes estadísticos trimestrales de la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS).

Este comportamiento de los subsidios a hogares, con un peso más alto de las mujeres en el total de personas perceptoras de la transferencia, es anterior a la pandemia, tal como se observa en la Tabla 1, sin que esto necesariamente tuviera algún efecto en la reducción de la asimetría en la incidencia de la pobreza según sexo. Como ya se ha señalado, en el 2018 la brecha en la tasa de pobreza entre hombres y mujeres fue de más de 30 puntos, en desventaja de estas últimas.

Trabajo de cuidados y pobreza de tiempo

Desde la economía feminista se pone especial énfasis en la división sexual del trabajo como una de las estructuras sobre las que se sostienen las desigualdades de género. Por ello, recupera el análisis del trabajo reproductivo y el trabajo doméstico no

remunerado, su invisibilizado valor económico, el papel de este en el proceso de acumulación capitalista y las implicaciones en la vida de las mujeres, dada la asignación social de este trabajo a la subjetividad femenina (Rodríguez, 2015). En consecuencia, se ha asignado a este trabajo un lugar central y se plantea que el reconocimiento de su valor económico y para la sostenibilidad de la vida, su redistribución y la reducción del tiempo que esta demanda, mediante la provisión de infraestructura adecuada de servicios básicos, son fundamentales para la construcción de sociedades más igualitarias en términos de género (Esquivel y Kaufmann, 2017).

Al momento de declararse la emergencia, casi la totalidad de las mujeres dominicanas (92,9%) realizaba trabajos de cuidados y no remunerados. En cambio, los hombres que se dedican a estas actividades no llegaban al 70% (63,3%). Si se compara el tiempo que las mujeres y los hombres empleaban, la desigualdad se mostraba clara: las mujeres entregaban su tiempo 5 veces más que los hombres al trabajo de cuidados (15,7 horas *versus* 3,1) y casi un día más por semana al trabajo no remunerado (31,1 horas, mientras que los hombres solo 9,6). (Ministerio de la Mujer y Oficina Nacional de Estadística, 2018).

Con esa carga, a la que se debe sumar el trabajo mental y emocional que requiere el trabajo de cuidados y doméstico en el hogar, las mujeres se vieron obligadas a enfrentar la pandemia. Mujeres recluidas en sus casas, realizando teletrabajo o sin empleo remunerado, asumiendo el rol de educadoras ante el cierre de las instituciones educativas, portando sobre sus hombros el bienestar de toda la familia, de los hijos e hijas y de las personas dependientes y, también sobrellevando la incertidumbre económica y de salud que ha representado la irrupción de la COVID-19 en sus vidas.

Con el cierre de las escuelas y colegios cerca de dos millones de estudiantes⁸ menores de 15 años quedaron fuera de las aulas, lo cual aumentó la ya excesiva responsabilidad de las mujeres en el cuidado. Ahora, además, debían ocuparse de acompañar a sus hijos e hijas en la educación a distancia que se impulsó desde el gobierno dominicano.

Asimismo, en un país en el que los cuidados se encontraban a cargo de las familias en el nivel discursivo (con políticas públicas que las tienen como centro) y en la práctica, bajo la responsabilidad de las mujeres, más de 200 000 niños y niñas (INAIPI RD, 2020) que acudían a los centros del Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI) dejaron de recibir el servicio, con el cierre indefinido de sus instituciones de cuidados, debido a la emergencia sanitaria. Esta medida afectó especialmente a las mujeres trabajadoras y de escasos recursos económicos para las que la red de centros de cuidados⁹ para la primera infancia constituía uno de los pocos resguardos de soporte para el trabajo de cuidados que realizaban.

Estas tareas de cuidado también tienen un impacto desigual según las condiciones económicas y sociales de las personas, agudizando las brechas y la vulnerabilidad de derechos. Así, las mujeres empobrecidas tuvieron que cuidar más con menos recursos, mientras que, por ejemplo, las familias de otros estratos económicos podían emplear mecanismos alternativos para afrontar la nueva situación como, por ejemplo, contratar profesores o profesoras particulares o garantizar un servicio doméstico.

8 Para el año escolar 2017-2018 la población escolarizada hasta los catorce años estaba estimada en 1 925 672, mientras que la no escolarizada llegaba a 398 316 (IDEC, 2019. p. 13).

9 Si bien la cantidad de beneficiados/as de instancias estatales de cuidados es mayor, en tanto llega a unos 379 440 niños/as de 0 a 5 años (estimaciones a partir de estadísticas de INAIPI y el MINERD), se debe tener en cuenta que no todos los servicios cubren las necesidades de las familias. Algunos son limitados en tiempos (por ejemplo, solo determinados días de la semana o de media jornada) y no solucionan los problemas relacionados a los cuidados y otros solo brindan atención de acompañamiento y orientación para la crianza.

En este marco, en esta conjunción de situaciones de desigualdad, no extraña que la pandemia haya afectado negativamente la salud mental de las mujeres en mayor proporción que la de los hombres. Según datos de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, el 68% de las consultas realizadas en la primera fase de la pandemia (de mediados de marzo a fines de abril de 2020) fueron protagonizadas por mujeres. Ansiedad, trastornos del sueño, depresión, estrés, conductas suicidas y problemas de adaptación al proceso de cambios en la dinámica de vida, fueron los eventos más recurrentes (Matos, 2020, 3 de mayo) que requirieron atención.

La única medida de soporte que el gobierno dominicano tomó para apoyar a las mujeres, en torno al problema del trabajo de cuidados, fue una campaña en redes sociales para promover buenas prácticas de convivencia en un contexto de confinamiento y mayor exposición a la violencia machista, denominada #EnCasaSomosEquipo. Como parte de esa iniciativa se trabajó la corresponsabilidad.

Para ahondar en los impactos de la pandemia en la situación socioeconómica de las mujeres y los posibles efectos de las medidas de transferencia de ingresos, hacen falta estadísticas actualizadas de pobreza desagregadas según sexo, no disponibles en el momento en que se escribe este informe. Sin embargo, partiendo de la situación precrisis, el impacto de la COVID-19 en el empleo femenino, el aumento en la carga de trabajos de cuidado y la falta de medidas focalizadas para atender las desigualdades de género, es probable que las brechas socioeconómicas entre hombres y mujeres se hayan acrecentado.

Violencia machista: para enfrentar una pandemia, los servicios esenciales no son suficientes

Para el 19 de marzo de 2020, República Dominicana ya había cerrado sus fronteras, había suspendido todas las actividades

laborales y sociales (incluidas las educativas y masivas), excepto el comercio esencial (supermercados, farmacias, tiendas de barrios). Las medidas de mitigación del contagio por COVID-19 se basaron en el distanciamiento social, la reducción del transporte público y el establecimiento de un toque de queda de 5 p.m. a 6 a.m. La población quedó confinada puertas adentro de sus hogares. Este aislamiento significó, para las mujeres expuestas a la violencia en sus propios domicilios, un nuevo impedimento para la denuncia o el pedido de auxilio, agudizando su vulnerabilidad.

En tiempos de no excepcionalidad, las mujeres dominicanas ya enfrentaban una cotidiana violencia machista cuyo rostro más extremo se muestra en los feminicidios: República Dominicana es uno de los cinco países de América Latina con la tasa más alta de este tipo de crímenes contra las mujeres (Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, s./fa). Durante el 2019, la Procuraduría General de la República (PGR) registró 19 178 casos de violencia de género; 58 659 de violencia intrafamiliar y 6 914 por delitos sexuales. Ese año se solicitaron 19 908 órdenes de protección. (PGR, 2020a; PGR, 2019).

Este volumen de violencia podía hacer pensar que, con las medidas de aislamiento, las denuncias aumentarían exponencial-

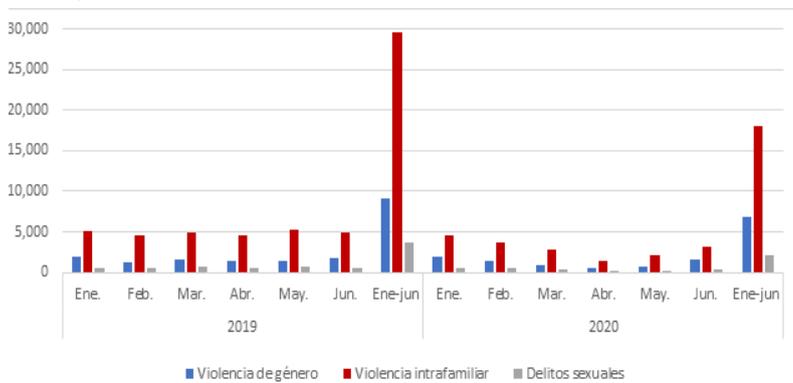
mente como ocurrió en varios países de la región¹⁰. Sin embargo, República Dominicana tuvo un comportamiento diferente: el número de denuncias descendió de manera notable a partir de la segunda quincena de marzo de 2020, en comparación con las registradas en 2019¹¹ (ver Gráfico 1). Hasta junio de 2020, se habían registrado 6 912 casos de violencia de género; 18 064 de violencia intrafamiliar; 2 181 delitos sexuales y se habían solicitado 6 161 órdenes de protección. Cabe la hipótesis, entonces, de que el confinamiento reforzó la vulnerabilidad de las mujeres manteniéndolas incomunicadas y a merced del control de sus agresores, impidiéndoles el pedido de socorro que se manifestaba con una tendencia distinta en años anteriores.

En general, todas las voces especializadas y los actores públicos como el Ministerio de la Mujer, la PGR, los medios de comunicación y las organizaciones no gubernamentales que ofrecen atención a las víctimas, han coincidido en afirmar que el menor registro de denuncias no significa la disminución de la violencia machista, sino que las mujeres no han podido acceder a vías seguras para denunciar ante el constante control por parte de sus agresores.

10 Algunos datos: En México, en el primer semestre de 2020, se habían registrado 600 000 llamadas al 911 y los feminicidios habían aumentado (de marzo a junio de 2020 ocurrieron 309 feminicidios, mientras que, en ese mismo período en 2019, 295). En Colombia, del 22 de marzo al 2 de julio de 2020, las llamadas por violencia intrafamiliar se incrementaron en un 148%; en Perú tuvieron un aumento de 93% y en Argentina, 48%. (Velásquez *et al.*, 2020, 31 de julio). Otros países reportaron una gran demanda en sus servicios de atención y protección a víctimas: “En Honduras, muchas de las casas refugios están bajo presión para poder responder a la demanda creciente y para contar con recursos de bioseguridad. En Cuenca, Ecuador, la casa de acogida para víctimas-sobrevivientes de violencia de género, está al tope de su capacidad y no tienen suficientes insumos para responder a la crisis. En Uruguay, el Instituto Nacional de las Mujeres ha realizado esfuerzos de mayor difusión de la línea telefónica y reconoció que desde que se decretó la emergencia sanitaria en el país, se constató un aumento significativo de llamadas” (ONU Mujeres, 2020).

11 Las estadísticas de la PGR para el año 2020 están disponibles hasta el mes de junio, por lo que, a efectos de comparación, se toman también los datos de enero a junio de 2019.

Gráfico 1. Número de denuncias de violencia por género, intrafamiliar y delitos sexuales registradas por la Procuraduría General de la República. Enero-junio de 2019 *versus* enero-junio de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la PGR (2020a) y PGR (2019).

Un contexto de desprotección institucional puede ser el sustrato de este fenómeno en República Dominicana. Algunos datos muestran una realidad de indefensión de las víctimas, incluso en aquellos casos en los cuales las mujeres han podido realizar denuncias. Así, el país solo cuenta con tres casas de acogida que dependen del Ministerio de la Mujer, con una capacidad mínima para las mujeres y sus hijos. Hasta septiembre de 2020, 656 personas (mujeres, hijos e hijas) fueron refugiadas en estas casas, 205 menos que el año anterior (861 en el mismo período de 2019) (Ministerio de la Mujer, 2020). En ese orden, hasta junio de 2020, la PGR había solicitado 6 161 órdenes de protección mientras que, en 2019, en esa fecha, ya se habían solicitado 9 306 (PGR, 2020a). En cualquiera de los dos casos, la capacidad de acogida no llegó ni al 15% de lo que podría haber sido necesario, tomando como parámetro el número de órdenes de protección solicitadas¹².

12 La cantidad de personas acogidas en las casas en 2019 corresponde al 9% de las órdenes de protección solicitadas por la PGR, mientras que las recibidas en 2020 equivalen al 11% de las requeridas en 2020 hasta el mes de junio.

Con anterioridad a lograr una orden de alejamiento o protección y, con suerte, un cupo en las casas de resguardo, las mujeres deben superar varias barreras institucionales en el sistema de justicia, aun cuando logran vencer el miedo y las resistencias culturales para movilizarse y buscar protección. El sistema de justicia, en cuanto a atención a la violencia contra las mujeres se refiere, descansa fundamentalmente en la actuación de la Procuraduría General de la República que, a través de sus fiscalías, es la encargada de recibir y procesar las denuncias, así como de perseguir a las personas procesadas. La PGR también tiene un papel determinante en la protección de las víctimas que debe ser activada desde las unidades de atención a víctimas de género y violencia intrafamiliar.

Sin embargo, las mujeres dominicanas han aprendido por la fuerza de los hechos que una denuncia no genera protección por sí misma. No basta con que la mujer acuda al sistema de justicia en demanda de protección ante una situación que amenaza su integridad física y pone en riesgo su vida. En el 10% de los feminicidios cometidos durante 2019, las víctimas o sus familiares ya habían denunciado a sus agresores, cuenta la investigación realizada por Méndez (s./fa) para la organización Espacio de Comunicación Insular.

La ineficacia de órdenes de alejamiento evidencia las debilidades del sistema de protección que, con esta medida, no contiene a los agresores (Santana, 2019, 3 de enero; Martín, 2020, 10 de noviembre). Otras medidas de la PGR son directamente negligentes: órdenes en las que se brinda un tiempo para que el agresor deje el domicilio compartido (*Mujer denuncia fiscal dicta orden de alejamiento a su pareja dentro de su vivienda*, 2020, 13 de noviembre) o que apelan a la buena voluntad de potenciales feminicidas con una historia de violencia.

Asimismo, todavía persiste la perversa iniciativa de propiciar acuerdos entre las personas denunciantes y las denunciadas por violencia machista. Dos casos han sido paradigmáticos y ampliamente conocidos a través de medios de comunicación. Uno reciente (lunes 9 de noviembre de 2020), en el que el feminicida mató no solo a su expareja, sino también a los padres y al cuñado de esta, y dejó gravemente herida a la hermana. La víctima había acudido a la fiscalía denunciando la amenaza de muerte para ella y para su familia por parte del agresor, había solicitado la prisión del querrellado, pero solo obtuvo un acta de compromiso concertada por el Ministerio Público en la que el agresor “se compromete a no agredir a la denunciante en ninguna forma que implique violencia (...) y a evitar todo contacto”. El acta termina diciendo:

La violación a los términos de la presente acta de compromiso generará la puesta en movimiento de la acción pública, en virtud de lo que establece el art. 39 del Código Procesal Penal. El cumplimiento del compromiso extingue la acción penal. Si la parte denunciada incumple sin justa causa las obligaciones pautadas, el procedimiento continúa como si no se hubiera pactado. (Febles, [@edithfebles]. 2020, 17 de noviembre).

El feminicida ya había estado en prisión con anterioridad también por agresión hacia su primera esposa y otra acusación de secuestro, lo que, sin embargo, no determinó una acción de protección más eficaz hacia la víctima. La familia de la mujer asesinada también dio a conocer audios del padre de esta, en los que denunciaba el trato que habían recibido por parte de la fiscal a cargo: “¿dónde están los golpes?, ustedes son muy ñoñas, ahora vengo yo y me meto en problema con ese hombre y mañana andan ustedes juntos”, le habría dicho la funcionaria estatal («¿Dónde están los golpes?» le

pregunta fiscal a mujer horas antes de morir, 2020, 17 de noviembre). Las víctimas enfrentan así un desafío adicional: que les crean.

Poco más de un año atrás, otro feminicidio perturbaba a la opinión pública dominicana. La abogada Anibel González fue asesinada por su expareja el 31 de agosto de 2019. A la conmoción se sumó el escándalo por el descubrimiento de la práctica constante de acuerdos penales en los casos de violencia de género: uno de esos acuerdos había liberado al feminicida de Anibel¹³.

De enero a septiembre de 2020, 43 mujeres habían sido asesinadas por sus parejas o exparejas, según las estadísticas de la PGR (PGR, 2020b). En el 2019, en ese mismo período, ocurrieron 48 feminicidios. En República Dominicana, sin embargo, hay que realizar la salvedad de que son clasificados como feminicidios solo los causados por la violencia de la pareja o expareja. Diversas organizaciones han manifestado que existe un subregistro en el conteo de estos hechos, probado al comparar distintas fuentes¹⁴.

Por ejemplo, bajo el título de “homicidios de mujeres” se contabilizan 51 mujeres asesinadas de enero a septiembre de 2020, mientras que, en el 2019, fueron 56. En esta categoría cabrían los crímenes protagonizados por hombres que no fueran pareja

13 En el 2018, en las jurisdicciones de San Pedro de Macorís, Santo Domingo Distrito Nacional y Santiago, se realizaron 441 acuerdos de este carácter (Pérez, 2019, 4 de diciembre).

14 La investigación llevada adelante por Méndez (s./f) para la organización Espacio de Comunicación Insular señala que 1 de cada 4 feminicidios no es reportado por el Ministerio Público. Llegó a esa conclusión luego de triangular datos de la PGR, la Policía, los medios de comunicación y organizaciones feministas. El Sistema de Naciones Unidas a través de su agencia UNFPA también presentó un estudio comparando información proveniente de los medios de comunicación con la que maneja la PGR. Dicho estudio constató que la cantidad de feminicidios reportada por los medios es significativamente mayor que la que capta la PGR. Además, evidenció la figura de otros tipos de victimarios como el padrastro, el vecino, el padre y el pretendiente (Naciones Unidas-UNFPA, 2020) que no caben en la categoría de pareja o expareja y que, por lo tanto, quedan fuera del conteo de feminicidios.

o expareja, como los padrastros o los feminicidios conexos a los cometidos por una violación sexual, por ejemplo. Desde hace años, la sociedad dominicana reclama la aprobación de una Ley Integral para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres que tipifique el delito de feminicidio, pero que también unifique criterios y canales para la sistematización de información y para la definición de políticas públicas.

En estas condiciones, no sorprende que la cantidad de denuncias no aumentara en períodos de confinamiento y que las mujeres, con menos opciones y sin redes de apoyo, decidieran esperar para buscar salidas a las situaciones de violencia. A partir de junio, cuando se levantaron las restricciones para la actividad laboral¹⁵ y la movilización en las calles, se incrementaron las llamadas y los pedidos de auxilio de mujeres víctimas de violencia. Las organizaciones feministas difundieron un comunicado expresando que las restricciones de movilidad, el mayor tiempo con el agresor debido al aislamiento, la baja accesibilidad a los servicios de protección, el debilitamiento de las redes de apoyo y la dependencia económica del agresor, además de la atención pública centrada en la pandemia, son elementos que permiten concluir que lo que ha ocurrido es un mayor grado de violencia invisibilizada (Foro Feminista, 2020).

El Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas (PACAM) realizó un estudio durante la etapa de confinamiento y toque de queda. De 63 nuevas mujeres que ingresaron a su sistema de atención, 12 no pudieron completar la evaluación psicológica requerida para el acceso al proceso psicoterapéutico e indicaron como causa la presencia y el control de sus parejas durante la mayor parte del tiempo. Del total de entrevistadas (58 mujeres), el 72% no

15 Hasta el cierre de este artículo, el estado de emergencia decretado desde marzo seguía vigente a través de sucesivas prórrogas. Sin embargo, la única medida que ha sido mantenida es el toque de queda, aunque con un horario menos restringido, de 9 p.m. a 5 a.m.

había presentado ningún tipo de denuncia de amenaza o agresión. En cambio, el 45% sí manifestaba síntomas de depresión severa y el 55%, de ansiedad grave (Popular y PACAM, 2020). Datos específicos pero que otorgan indicios de lo que ocurre ante la falta de un sistema de monitoreo eficaz respecto a la ocurrencia de violencia machista.

Dada esta situación y la historia de un sistema de justicia con muchos cuestionamientos, la sola declaración de los servicios destinados a la protección de las mujeres como esenciales durante el tiempo de confinamiento, no resultó suficiente. Tanto el Ministerio de la Mujer como la PGR a inicios de la llamada “cuarentena” anunciaron la disponibilidad de 24 horas de sus líneas de emergencia y correos electrónicos, así como la apertura continua de sus oficinas (57 dependencias de información en el caso del Ministerio de la Mujer y 25 unidades de atención integral a víctimas de violencia de género, intrafamiliar y delitos sexuales de la PGR). También operó de manera ininterrumpida el 911 del Sistema Nacional de Emergencias. El Ministerio de la Mujer también anunció que se recibían denuncias a través de sus redes sociales.

El uso de correos electrónicos y redes sociales gubernamentales para la recepción de denuncias se implementaron en un contexto de baja conectividad y de brecha digital en las zonas rurales. De acuerdo con la encuesta nacional más reciente (ENHOGAR, 2018), solo el 39,8% de la población de 5 años y más manifestó haber utilizado una computadora en los tres meses anteriores al ejercicio estadístico (Oficina Nacional de Estadística, 2019a), una diferencia que se acrecienta en zonas rurales (21,9%). En cuanto a acceso a Internet, aunque el 75% de la población declaró haber accedido, en las zonas rurales esta proporción desciende a 60,5%.

Sin embargo, la plataforma mayormente utilizada para la comunicación cotidiana en República Dominicana, el Whatsapp, empleada por el 68,2% de la población (Espinal *et al.*, 2019), no se habilitó dentro de las redes de denuncia. Otras redes sociales no tienen ese nivel de impacto: 52,2% usa Facebook y, apenas un 9,5% Twitter.

A finales de abril, el Ministerio de la Mujer informó el inicio de la campaña “comprobante fiscal 2012”, concebida como un pedido de socorro en clave que las mujeres pudieran realizar en supermercados, farmacias y locales de expendio de artículos esenciales. La efectividad de esta medida dependía en gran medida de una buena comunicación de alcance nacional y de la cobertura de locales comerciales también en todo el territorio de República Dominicana, pero estuvo supeditado a acuerdos voluntarios con las cadenas de supermercados y la difusión se realizó solo desde las redes sociales gubernamentales.

Asimismo, como otra iniciativa en el marco del trabajo que realiza para superar situaciones de violencia, el Ministerio de la Mujer también lanzó una campaña “En esta casa somos equipo”, con el objetivo de destacar buenas prácticas de la convivencia en tiempos de cuarentena y llevar orientaciones de cómo fomentar la igualdad, la corresponsabilidad, la masculinidad positiva, entre otros temas. La campaña tuvo difusión a través de redes sociales e incluyó transmisiones en vivo de entrevistas con profesionales de la salud, de psicología, de educación y de discapacidad. No se utilizaron medios masivos como radio o televisión ni se realizaron evaluaciones de impacto; tampoco estuvo acompañada de mensajes directos respecto a la violencia o la promoción de canales para la denuncia.

Por su parte, el Ministerio de Salud incluyó en sus protocolos de atención, en el marco de la pandemia, la instrucción a su personal de

salud (como medida de prevención) de informar “a que en caso de las mujeres ser agredidas o alguien de sus familias, o los vecinos y vecinas, pueden hacer la denuncia llamando a la Línea Vida de la Procuraduría General de la República (1-809-200-1202, sin cargo) o a la Línea Mujer (*212), del Ministerio de la Mujer, ambas están disponibles las 24 horas del día” (Ministerio de Salud Pública y OPS, 2020).

El nuevo gobierno que asumió el pasado 16 de agosto de 2020 anunció la puesta en marcha de un plan nacional de atención a la violencia, con la creación de más casas de acogida y de un subsidio para mujeres en situación de violencia (*Abinader anuncia 12 nuevas casas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género*, 2020, 22 de septiembre). Queda por ver si las acciones se concretarán hacia iniciativas con mayor asertividad para la protección de las víctimas.

Así las cosas, las medidas asumidas por el gobierno dominicano fueron insuficientes para que las denuncias se pudieran realizar en condiciones de seguridad dado que, para las mujeres en estado de confinamiento, era más riesgoso salir y solicitar auxilio que soportar la violencia y la agresión, ya que denunciar no le garantizaba recibir la debida protección y, por el contrario, se podría convertir en el detonante de una violencia más exacerbada que podía terminar atentando contra su vida.

El impacto mortal de la puesta en espera de la salud sexual y reproductiva

La pandemia por COVID 19 encontró a las mujeres de República Dominicana en una situación agravada de desigualdad y desprotección, con pocos avances en relación con sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Un estado de vulnerabilidad agudizado en los meses de cuarentena y aislamiento obligatorio, como se verá más adelante, ya

que los indicadores de los persistentes problemas en salud sexual y reproductiva no habían variado en los últimos 15 años.

Con anterioridad a la pandemia, el número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (104,4 por cada 100 000 nacidos vivos [Ministerio de Salud Pública, 2019a]) ya era uno de los más altos de América Latina, aun realizándose los partos en hospitales (el 98% de estos) (Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, s./fb). Estos datos están relacionados de manera directa con la calidad de la atención.

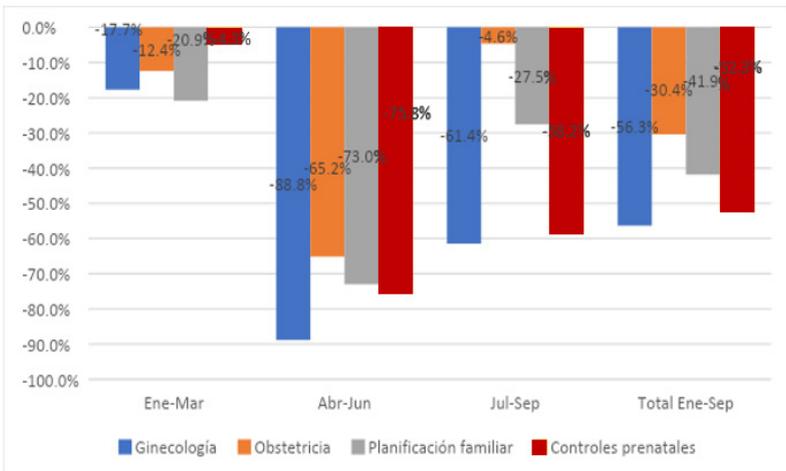
Asimismo, el embarazo en adolescentes era un problema urgente y poco atendido en tiempos no extraordinarios. Una de cada cinco mujeres, entre 15 y 19 años, ha estado embarazada alguna vez (23,7% zona rural, 18,1% zona urbana), mientras que el 13,8% ya era madre, según se respondió en la última encuesta de carácter nacional disponible (ONE, 2019), lo que da cuenta de cuán arraigada se encuentra esta problemática y la falta de avances en dirección a la protección de derechos de las niñas y las mujeres adolescentes.

Como colofón, el aborto está penalizado en todas las formas y su provisión no está considerada como parte del sistema de salud pública, aunque el aborto inseguro es una de las causas de la mortalidad materna. El aborto, sin embargo, es una necesidad de las mujeres dominicanas: “Una encuesta realizada entre estudiantes universitarias revela que el 38,7% de los embarazos en este grupo termina en aborto, de los cuales se admite un 42,7% inducido. Además, el 67,1% de las estudiantes dijo conocer al menos un caso de aborto inducido en otras mujeres” (Profamilia, 2016 citado en Balbuena, 2018).

Con la llegada de la COVID-19, la fuerte disminución en la atención de áreas específicas de salud sexual y reproductiva y el crecimiento dramático de la mortalidad materna, se presentan

como los dos trágicos e invisibles impactos de la pandemia en la ya deteriorada vida de las mujeres dominicanas. Las consecuencias son dramáticas y todavía no dimensionadas en el país en su real magnitud. Estimaciones regionales indican, por ejemplo, que tan solo una resta de un 10% en los servicios generaría, en los países de ingresos bajos y medios, tres millones de abortos inseguros (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, s./f), quince millones de embarazos no deseados que se agregarán a los que ocurren cada año. Asimismo, se ha previsto el aumento significativo de la mortalidad materna a nivel global (la estimación es de 28 000), y el incremento vertiginoso de las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos. República Dominicana puede, lamentablemente, superar esa predicción.

Gráfico 2. Variación porcentual en los servicios de consultas externas y controles prenatales del 2020 en relación con 2019, por trimestre



Fuente: Elaboración propia, a partir de Estadísticas de Producción de Servicios Hospitalarios de los años 2019 y 2020 del Ministerio de Salud Pública, y datos de controles prenatales de 2019, del Viceministerio de Salud Colectiva del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, s./f).

Los servicios de consulta externa de las áreas de salud sexual y reproductiva reportan una disminución entre 60% y 90% en los meses inmediatamente posteriores a la llegada del nuevo virus al país. La drástica mengua en los servicios registrados en el trimestre de abril y junio, pueden dar una idea del impacto que puede seguir teniendo consecuencias peligrosas para la salud de miles de mujeres. Fueron tres meses con una muy restringida atención médica en áreas fundamentales para el seguimiento de embarazos y para la planificación familiar.

Los servicios de ginecología fueron los más afectados entre los relacionados a salud sexual y reproductiva, presentando de enero a septiembre una contracción de 56,3%. Así también los controles prenatales disminuyeron, en ese mismo período, un 52,3%. De abril a junio, tuvieron una merma aún más aguda de 75,8%, recuperándose un poco entre julio y septiembre (58,2% de contracción). Según una encuesta realizada por el Sistema de Naciones Unidas en República Dominicana durante el período de cuarentena, el 12,3% de las mujeres embarazadas entrevistadas reportaron no haber podido acceder a sus controles médicos de forma regular durante la pandemia (Unicef República Dominicana, s./f.). Un número que se queda corto frente a lo que muestran los datos sobre la especificidad de controles realizados en el sistema público de salud.

La otra área sensible para la salud sexual y salud reproductiva es la de planificación familiar. Entre abril y junio, la cantidad de consultas bajó un 73%. Sin embargo, esta especialidad sí tuvo un mayor repunte: entre julio y septiembre la diferencia con las consultas realizadas en el mismo período en 2019 fue de 27,5%.

Los servicios de salud en Unidades de Atención Primaria (UNAP) distribuidas en todo el territorio nacional y la atención de

rutina en hospitales y centros de salud no fueron cerrados de manera oficial. En la práctica, activistas feministas denunciaron el cierre de las UNAP, así como de las Farmacias del Pueblo en las que se disponen de métodos anticonceptivos (Tatem *et al.*, 2020). Además, el miedo a un contagio masivo generó no solo la ausencia de las mujeres a sus controles, sino también la disminución de personal de salud, ya sea porque fue concentrada en atender la emergencia de la pandemia, por ser población de riesgo o por el temor personal a contraer el nuevo virus.

Estos hechos tienen como resultado el incremento de la mortalidad materna. Datos del Servicio Nacional de Salud (SNS) informan un aumento del 40% en la tasa de mortalidad materna en junio de 2020 en relación con el acumulado en 2019 para el mismo período: de enero a junio de 2020 se registra una tasa de mortalidad materna de 135 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que para 2019 fue de 96 (SNS, 2020a)¹⁶.

En estas condiciones, los avances de República Dominicana en salud sexual y reproductiva han tenido un impactante revés. En enero de 2020, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna era de 78 y se había logrado una reducción de un 34% en relación con enero de 2019 (SNS, 2020b). Para junio de 2020, ya habían fallecido 71 mujeres por causas evitables y controlables con seguimiento y atención médica en el transcurso de sus embarazos, tales como hipertensión arterial (eclampsia y preclampsia), hemorragia posparto, aborto, sepsis y prevalencia de VIH, entre otras. Las mismas causas prevalecientes hasta antes de la irrupción de la COVID-19.

16 Hasta el cierre de este artículo, el Servicio Nacional de Salud no había emitido los boletines siguientes de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2020.

Tabla 3. Casos registrados de mortalidad materna de enero a junio en los años 2018, 2019 y 2020¹⁷

| Mes | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------|------|------|------|
| Enero | 16 | 12 | 8 |
| Febrero | 12 | 7 | 5 |
| Marzo | 5 | 12 | 16 |
| Abril | 12 | 5 | 8 |
| Mayo | 9 | 11 | 12 |
| Junio | 11 | 6 | 22 |
| Total acumulado | 65 | 53 | 71 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de boletines de muertes maternas del Servicio Nacional de Salud (RIES, Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud, s./f.).

Hasta el cierre de este informe las autoridades de salud no habían tomado ninguna medida extraordinaria, aun cuando ya se conoce el impacto y los indicadores se muestran alarmantes respecto al futuro inmediato. No se han organizado campañas ni protocolos especiales atendiendo a la creciente mortalidad materna que se viene registrando en el país y tampoco para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva que han sido afectados; tampoco se han consignado iniciativas adicionales que pudieran paliar la situación generada.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, sí se dispuso un protocolo de atención para mujeres embarazadas en el que se expone la posibilidad de posponer los controles regulares solo

¹⁷ Hasta la semana 42 de 2020, correspondiente a la semana del 11 al 17 de octubre de 2020, ya se habían registrado 159 muertes maternas, según el Boletín Epidemiológico Semanal del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Ministerio de Salud Pública, 2020a). Es decir, 30 mujeres más que en 2019 tuvieron una muerte materna por razones evitables. En la semana 42 equivalente en 2019, correspondiente a la semana del 13 al 19 de octubre, se habían registrado 120 muertes maternas (Ministerio de Salud Pública, 2019b).

durante la fase de cuarentena y aislamiento social, aunque se expresa que las gestantes y las que hayan dado a luz deben acudir a sus citas médicas de rutina y que se debe garantizar la continuidad en la atención (Ministerio de Salud Pública y OPS, 2020). Una medida a todas luces insuficiente dados los resultados.

Para la atención por vía remota se indicó que se debía enfatizar las orientaciones sobre signos de alarma durante el embarazo, con explicaciones claras sobre qué hacer en cada caso. Sin embargo, durante la fase de cuarentena fueron pospuestos los estudios de seguimiento, tales como sonografía y laboratorios. Con el ojo puesto en las implicaciones de una enfermedad nueva de difícil manejo como la COVID 19, se instó a implementar el triaje para la atención de todas las embarazadas y así detectar de forma oportuna síntomas respiratorios y/o condiciones obstétricas de urgencia (Ministerio de Salud y OPS, 2020).

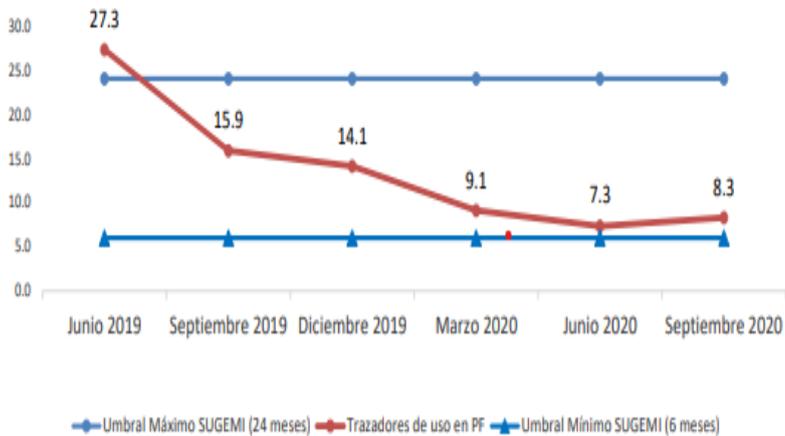
La prioridad ha sido la emergencia por la pandemia, pero no la emergencia en la salud sexual y reproductiva ni en los efectos de la disminución en el acceso a la atención médica. En este contexto, lo más grave es que la mortalidad materna puede seguir en aumento en los próximos meses, sumado a otros problemas como los abortos inseguros y los embarazos no deseados.

En cuanto a la disponibilidad de métodos anticonceptivos, dirigentes comunitarias de varias localidades rurales denunciaron “la escasez de estos productos en muchas de las farmacias del Programa de Medicamentos Esenciales Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL)”, durante el tiempo de emergencia por COVID 19 (Méndez, 2020, 8 de junio). Se reclamó especialmente la falta de píldoras e inyecciones.

Esto se refleja en la baja disponibilidad que acusa una reducción en los meses de diciembre de 2019 a marzo de 2020 (de 14,1 meses a 9,1) y, de marzo de 2020 a septiembre de 2020

en que, aún en período de cuarentena y con menor demanda debido a la contracción de consultas de planificación familiar¹⁸, se registra actualmente una disponibilidad para 8 meses (SNS, 2020c). En los últimos 50 años, República Dominicana había conseguido incrementar la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años, de 22% a 69% (UNFPA, 2019). Tendencia que seguramente tendrá un fuerte revés en este 2020.

Gráfico 3. Disponibilidad en meses de los métodos de planificación familiar en el Almacén Central, junio de 2019- septiembre de 2020



Fuente: Gráfico extraído del Boletín Nacional de Información Estratégica del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI) (SNS, 2020c).

La situación reportada por las personas que viven con VIH también debe prender las alarmas. En la encuesta implementada

18 En la localidad de San José de Ocoa, por ejemplo, los médicos de la especialidad de Ginecología y Obstetricia indicaron su preocupación porque las usuarias no estaban acudiendo a retirar sus métodos anticonceptivos desde que se declaró la cuarentena, lo que podría generar el aumento de embarazos no deseados (Ortiz, 2020, 3 de mayo).

por Naciones Unidas, del 89,3% que indicó estar en tratamiento antirretroviral, el 16% manifestó que no ha podido acceder a su medicación (Unicef República Dominicana, s./f). Si se observan los datos de disponibilidad en septiembre de 2020, la situación es más angustiante: la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para adultos está contemplada solo para un mes más (SNS, 2020c).

En la encuesta de Naciones Unidas también se resalta que el 11,9% de los niños y niñas menores de 5 años no pudieron recibir sus vacunas en el período de cuarentena, el 21,9% de los adultos mayores manifestaron no tener acceso a medicamentos y tratamientos médicos, mientras que el 31,7% de las personas con discapacidad indicaron no tener acceso a medicamentos, terapias, personal de apoyo o dispositivos (Unicef República Dominicana, s./f).

Recomendaciones

El tiempo que se puede prolongar la pandemia de la COVID-19 es incierto. Las esperanzas están puestas en el desarrollo de vacunas que permitan controlar la enfermedad. Sin embargo, más allá del éxito de los ensayos clínicos, las posibilidades de controlar el virus también dependen de que se garantice el acceso masivo a las vacunas. Asimismo, los impactos económicos y en términos de desigualdad, pueden requerir de períodos más largos para la recuperación. Atendiendo a que estos impactos se vinculan al modelo previo de políticas públicas asistenciales y deficientes que perpetúan las estructuras de desigualdad, las respuestas no pueden limitarse al coyunturalismo, sino que deben ir dando pie a la solución de problemas estructurales y, con ello, a la constitución de una ciudadanía más resiliente.

En sentido general, se precisa de estudios que permitan ahondar en los efectos de la COVID-19 en las desigualdades de género, considerando los nuevos frenos que han podido imponerse

a la autonomía física y económica de las mujeres. Esto es, evaluar, más allá de las limitadas cifras disponibles, los efectos de la crisis en las dimensiones económica, carga de trabajo de cuidados, salud (con énfasis en salud sexual y reproductiva y salud mental) y violencia y diseñar respuestas desde una visión amplia, garante de derechos y no solo de mitigación.

Las estadísticas analizadas ya reflejan las consecuencias, en algunos casos mortales, de la adopción de medidas sin asumir verdaderamente un enfoque de género que permitiera tener en cuenta las desigualdades y vulnerabilidades a las que están expuestas las mujeres. Pareciera que los problemas básicos de grupos en situación de mayor desventaja quedaron invisibilizados ante la urgencia de responder a los efectos inmediatos de la pandemia. Sin embargo, esta falta de atención también puede ser interpretada como una manifestación más de la negación de derechos a la que comúnmente se somete a estas poblaciones, incluidas las mujeres.

Por otro lado, es importante resaltar que las desigualdades de género, si bien se enraízan en una lógica específica de producción y reproducción de asimetrías entre hombres y mujeres, ocurren en un contexto más amplio de injusticia social. Por ello, erradicar estas desigualdades pasa por la construcción de sociedades más justas en sentido general. En este tenor, la pandemia develó la ausencia de políticas enfocadas a la constitución de una sociedad con mayor bienestar y equidad, manifestada en la falta de un sistema de salud universal y con atención de calidad, la ausencia de un sistema de seguridad social con garantías de protección reales y con mecanismos de solidaridad, y la carencia de un sistema tributario progresivo que permita recaudar los recursos necesarios para estas políticas sociales y afrontar la crisis, sin ahondar las desigualdades.

Las políticas de recuperación deben contemplar como horizonte el cierre de estas brechas en materia de derechos.

A continuación, se esbozan recomendaciones vinculadas a los tópicos analizados, algunas más enfocadas al contexto de la emergencia y otras cuya implementación demanda de más largo plazo, pero que requieren ser avanzadas.

Empleo y autonomía económica

- Diseñar estrategias de compensación económica para las personas cuidadoras en situación de mayor vulnerabilidad y que no están siendo alcanzadas por los programas de compensación de ingresos vigentes.
- Garantizar los derechos de las trabajadoras domésticas remuneradas, mediante la adopción de una regulación nacional en la que estas sean reconocidas, de acuerdo con la normativa internacional, y de medidas que aseguren su cumplimiento.
- Definir e implementar un plan de reactivación gradual (con medidas de bioseguridad) de los servicios de cuidados, que se establezca en el marco de la puesta en funcionamiento de un sistema integral de cuidados, que incluya servicios de atención para la niñez (0-12 años), personas adultas mayores y personas con discapacidad cuidado-dependientes. Esta medida es una condición fundamental para generar oportunidades de autonomía económica de las mujeres y para la reactivación económica en el corto plazo de las que se han visto forzadas a la “inactividad”, dada la sobrecarga de trabajos de cuidado que ha implicado la pandemia.
- Incluir en los programas de reactivación económica los sectores que generan parte importante del empleo femenino,

los cuales deben contemplar, dentro de sus componentes, elementos para la garantía de derechos de las trabajadoras y trabajadores y no solo la observación de protocolos y medidas sanitarias. La mayor situación de pobreza a la que se enfrenta la población puede traducirse en una pérdida de poder en la negociación de sus derechos laborales; por ello desde el Estado se debe asumir una postura firme de protección y evitar que la reactivación de la economía ocurra a costa de una mayor precarización de las condiciones de las y los trabajadores.

- Fomentar una mayor participación de las mujeres en los sectores que han mostrado mayor resiliencia a la crisis, mediante la capacitación focalizada e incluso la definición de cuotas de empleo femenino.

Autonomía física: erradicación de la violencia de género

De cara a una posible segunda ola de contagios por COVID-19 y una eventual segunda cuarentena con distanciamiento y aislamiento social, una serie de recomendaciones pueden hacerse para su aplicación inmediata y urgente. Sin embargo, la trágica experiencia de República Dominicana en materia de violencia machista otorga una serie de indicios que aportan para la urgente y necesaria reformulación del sistema de atención y protección de víctimas de violencia de género, violencia doméstica o violencia intrafamiliar. Es decir, más allá de la pandemia una problemática nacional compleja requiere de acciones perentorias que pueden ser parte de un cambio integral.

- Medidas ejecutivas para la protección de las mujeres en forma expedita por parte del sistema judicial y coordinación efectiva del Ministerio Público con la Policía Nacional.

- Ampliación de la oferta de infraestructura de protección, incluyendo la habilitación de hoteles para albergue de emergencia de mujeres víctimas de violencia machista que requieran atención urgente en el contexto de pandemia.
- Realización de un monitoreo de los datos y registros públicos de violencia, además de encuestas específicas sobre la temática en la coyuntura de la pandemia y sus distintas fases, tanto antes como después del aislamiento.
- Un plan nacional contra la violencia de género que contemple la unificación de criterios para registro de información con base en definiciones ajustadas a los hechos en los que se registra la violencia, y que amplíe la noción restrictiva que relaciona el feminicidio solo a los ejecutados por parejas o exparejas.
- Campañas de comunicación masiva para difusión de servicios y líneas de emergencia priorizando la atención y protección de mujeres en articulación con campañas de protección en alianza con servicios médicos y de emergencia.
- Obligatoriedad para supermercados, farmacias y locales comerciales para el uso de la iniciativa *comprobante fiscal *212 y extensión para otros servicios no esenciales, incluyendo períodos de no aislamiento social.
- Protocolos específicos para atención y protección de mujeres víctimas de violencia en el contexto de emergencia provocada por la pandemia y otros eventuales riesgos de desastres, como eventos climáticos o terremotos, por ejemplo.
- Protocolos y acciones específicas para comunidades rurales y aisladas con poca o nula conectividad digital.

- Creación de un gabinete de crisis para la atención de la violencia machista con todos los actores involucrados en el sistema de justicia y en el de atención y protección.

- También se recomienda acoger las medidas que están siendo demandadas por organizaciones internacionales y feministas en contexto de aislamiento y en prevención de posibles futuros confinamientos:

1. Medidas con soporte tecnológico (telefonía inteligente, mensajería silenciosa, comisarías virtuales, botones de pánico, geolocalización, redes sociales como WhatsApp, Facebook e Instagram) (OEA/CIM, 2020).

2. Que el tema de la violencia sea parte integral de los programas esenciales de respuesta a la COVID-19; mayor difusión de información y de recursos disponibles; que las sobrevivientes de violencia asistan a los procedimientos judiciales a través de vías virtuales y que cuando una mujer denuncie violencia en el confinamiento, la persona que está ejerciendo la violencia sea llevado a un centro donde pueda pasar la cuarentena vigilado y en control de las autoridades (Foro Feminista, 2020).

Autonomía física: derechos sexuales y reproductivos

- Definir la atención de la salud sexual y reproductiva como esencial y que no puede ser interrumpida en contextos de emergencia sanitaria. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no pueden esperar ni pueden ponerse en pausa en ninguna coyuntura.

- De manera urgente se requieren sistemas de monitoreo que den cuenta de la situación real de la salud de las mujeres y de las serias limitaciones que se han registrado para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de sus consecuencias, con especial atención en poblaciones vulnerables, tales como mujeres migrantes, trabajadoras domésticas, mujeres privadas de libertad, jefas de hogar, mujeres del colectivo LGBTI y mujeres empobrecidas. Esta ha sido una recomendación de organizaciones internacionales desde inicios de la pandemia. (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, s./f).
- Fortalecer y potenciar las Unidades de Atención Primaria de Salud, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud, fortaleciendo las estrategias de promoción y seguimiento a la salud mediante visitas domiciliarias en el contexto de la pandemia.
- Despenalizar el aborto y garantizar su provisión como servicio esencial. El aborto preserva la vida y salud de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar y abortar. Su penalización suma a la cadena de violaciones a los derechos sexuales y reproductivos que se agudizan en situaciones de emergencia global.
- Garantizar la provisión de insumos de planificación familiar y preservativos, incluidos aquellos relacionados con la salud menstrual.
- Facilitar el acceso a los tratamientos antirretrovirales teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de entregar medicación para tres

meses o más (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, s./f.).

- Campañas de comunicación y atención urgentes del sistema de salud pública para recuperar a mujeres que hayan sido desatendidas en el contexto de la emergencia sanitaria y paliar así las consecuencias de la falta de atención, que si no se priorizan pueden derivar en un resultado dramático.

Referencias bibliográficas

- Abinader anuncia 12 nuevas casas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género (2020, 22 de septiembre). *El Nacional*. Recuperado de <https://elnacional.com.do/abinader-anuncia-12-nuevas-casas-de-acogida-para-mujeres-victimas-de-violencia-de-genero/>
- Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) (2020). *Informes estadísticos trimestrales*. ADESS.
- Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA) (2019). *Atención primaria en salud: Situación y retos en la República Dominicana*. ADESA.
- Banco Central de la República Dominicana (BCRD) (2020). *Mercado de trabajo*. Encuesta Continua (ENCFT) [Serie de datos estadísticos 2014-2020]. Recuperado de <https://www.bancentral.gov.do/a/d/2541-encuesta-conti-nua-encft>
- Balbuena, A. (2018). El debate sobre el aborto y las tres causales: La cuestión de la autonomía de la mujer. En *Perspectivas*, No. 02-18. Fundación Friedrich Ebert. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescribe/14845.pdf>
- Batista, M. (2018). La República Dominicana y el Convenio 189: Ratificación, entrada en vigor y acciones pendientes. En *Perspectivas*, No. 03-18. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf->
- Bosch, M. y Fernández, A. (2019). *Del negocio seguro a la seguridad social. Análisis económico-político y fundamentos para el debate sobre un nuevo modelo de derechos a la salud y la protección social en República Dominicana*. Fundación Juan Bosch.
- Cassiani, S.H.B. et al. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. En *Rev Panam Salud Pública*, 42, p. e72. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34993>
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud República Dominicana* (ENDESA-2013). CESDEM.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

- (2020a). Pactos políticos y sociales para la igualdad y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe en la recuperación pos-COVID-19. En *Informe Especial COVID-19*, No. 8, Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46102/4/S2000673_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020b). Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones. En *Informe Especial COVID-19*, No. 5, Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45782/4/S2000471_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (s.f.) *CEPALSTAT, Índice de feminidad de la pobreza extrema y de la pobreza según área geográfica, serie 2018*. Recuperado de https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e
- De Oliveira, O. y Ariza, M. (2000). Trabajo femenino en América Latina: un recuento de los principales enfoques analíticos. En *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. México: Colegio de México; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Universidad Autónoma Metropolitana; Fondo de Cultura Económica, pp. 644-663. Recuperado de <http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/publicaciones/libros/Tratadolatinoamericanodesociologiadeltrabajo/Trabajofemenino.pdf>
- Dirección General de Presupuesto (2020). *Proyecto de Ley de Presupuesto General del Estado 2021*. Tomo I. Recuperado de <https://www.digepres.gob.do/pubs/2021/libros/Tomo-I/Proyecto-de-ley-de-presupuesto-General-del-Estado-2021-Tomo-I.pdf>
- «¿Dónde están los golpes?» le pregunta fiscal a mujer horas antes de morir. (2020, 17 de noviembre). *Hoy digital*. Recuperado de <https://hoy.com.do/donde-estan-los-golpes-le-pregunta-fiscal-a-mujer-horas-antes-de-morir/>
- Duval, M. (2015). *Modelo de atención e inequidad*

- en salud en República Dominicana*. Editora Búho.
- Espinal, R. et al. (2019). *Cultura política de la democracia en República Dominicana y en las Américas, 2018/19: tomándole el pulso a la democracia*. USAID; VANDERBILT; LAPOP; Barómetro de las Américas; CESDEM. Recuperado de https://www.vanderbilt.edu/lapop/dr/AB2018-19_Dominican_Republic_Country_Report_V6_Rev_W_01.20.20.pdf
- Esquivel, V. y Kaufmann, A. (2017). *Innovaciones en el cuidado. Nuevos conceptos, nuevos actores, nuevas políticas*. Fundación Friedrich Ebert.
- Febles, E. [@edithfebles]. (2020, 17 de noviembre). La mujer, que dejó un audio dirigido a su familia diciendo que quería el arresto de su expareja por sentirse. [Tuit]. Twitter twitter.com/edithfebles. Recuperado de <https://status/1328780602854739971>
- Foro Feminista Magaly Pineda et al. (2020, 3 de mayo). *Comunicado de las organizaciones de mujeres dominicanas en medio de la pandemia por COVID-19* (comunicado de prensa).
- Gabinete de Coordinación Políticas Sociales (GCPS) y Programas de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en República Dominicana (2018). *Hacia un piso de protección social y género en República Dominicana: escenarios y costos*. Recuperado de https://issuu.com/vicerdo/docs/piso_proteccion_social
- INAIPI RD (2020). *Pasitos. Boletín Informativo del INAIPI*, No. 17, abril-junio. Recuperado de <https://inaipi.gob.do/media/attachments/boletines%202020/PASITOS-edicion-17.pdf>
- Incluyen productos de higiene femenina en lista del programa “Quédate en Casa”. (2020, 6 de mayo). *Diario Libre*. Recuperado de <https://www.diariolibre.com/actualidad/incluyen-productos-de-higiene-femenina-en-lista-del-programa-queda-te-en-casa-CG18696343>
- Martín, P. (2020, 10 de noviembre). Orden de alejamiento no impidió que hombre matara a tres miembros de una misma familia. *Diario Libre*. Recuperado de <https://www.diariolibre.com/actualidad/sucesos/orden-de-alejamiento-no-impidio>

- que-hombre-matara-a-tres-miembros-de-una-misma-familia-AN22582626?utm_source=articulos&utm_medium=te-puede-interesar&utm_campaign=related
- Melgen, L. y Muñiz, A. (2020). *Estado de bienestar y resiliencia. Hacia un nuevo paradigma de las políticas sociales en República Dominicana*. Fundación Friedrich Ebert. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/16350.pdf>
- Méndez, R. (s./fa). *Camino a la muerte*. Recuperado de <https://femicidiord.com/?p=87>
- Méndez, R. (s./fb). *Femicidios que el Estado dominicano se niega a contar*. Recuperado de <https://femicidiord.com/?p=50>
- Méndez, R. (2020, 8 de junio). Denuncian que el Estado descuida la salud sexual de mujeres empobrecidas. *El Caribe*. Recuperado de <https://www.elcaribe.com.do/destacado/denuncian-que-el-estado-descuida-la-salud-sexual-de-mujeres-empobrecidas/>
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) (2020). *Sistema de indicadores sociales de República Dominicana (SISDOM) 2018-2019*. Recuperado de <https://mepyd.gob.do/despacho/unidad-asesora-de-analisis-economico-y-social/sisdom/sisdom-2018-2019>
- Ministerio de la Mujer (2020). *Boletín estadístico del Mujer 2020*, Vol. 10, p. 28. Ministerio de la Mujer. Recuperado de <https://oig-rd.gob.do/portfolio/boletin-estadistico-mmujer-volumen-10/>
- Ministerio de la Mujer y Oficina Nacional de Estadística (2018). *Trabajo no remunerado en República Dominicana: análisis a partir del módulo sobre uso del tiempo de la ENHOGAR 2016*. ONE.
- Ministerio de Salud Pública (2019a). *Alianza nacional para acelerar la reducción de la mortalidad materna infantil*. Recuperado de <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1431>.
- Ministerio de Salud Pública (2019b). Boletín epidemiológico semanal del sistema nacional de vigilancia epidemiológica. *Semana Epidemiológica (SE)*, No. 42. Recuperado de <http://>

- www.digepisalud.gob.do/documentos/?drawer=-Boletines%20epidemiologicos*Boletines%20semanales*2019
- Ministerio de Salud Pública (2020a). Boletín epidemiológico semanal del sistema nacional de vigilancia epidemiológica. *Semana Epidemiológica (SE)*, No. 42. Recuperado de <http://digepisalud.gob.do/docs/Boletines%20epidemiologicos/Boletines%20semanales/2020/Boletin%20Semanal%2042-2020.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (s.f). *Estadísticas de producción de salud*. Producción de Servicios de Salud Hospitalarios [Serie de datos estadísticos]. Recuperado de <https://www.msp.gob.do/web/Transparencia/estadisticas-institucionales/#EIPSSS>
- Ministerio de Salud Pública y OPS (2020). *Directrices para prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en embarazadas y recién nacidos*. Ministerio de Salud Pública y OPS. Recuperado de <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1758>
- Ministerio de la Presidencia (2020, 26 de abril). *Listado de medidas RD vs. COVID-19*. Recuperado de <https://coronavirusrd.gob.do/2020/04/26/listado-de-medidas-rd-vs-covid-19/>
- Ministerio de Trabajo (2020). Beneficiarios de programa FASE I y FASE II por sexo y edad, abril-octubre. (Obtenido a través de la Oficina de Acceso a la Información).
- Mujer denuncia fiscal dicta orden de alejamiento a su pareja dentro de su vivienda. (2020, 13 de noviembre). *CDN*. Recuperado de <https://m.cdn.com.do/nacionales/mujer-denuncia-fiscal-dicta-orden-de-alejamiento-a-su-pareja-dentro-de-su-vivienda/>
- Naciones Unidas y UNFPA (2020). *Levantamiento de datos y análisis sobre feminicidios ocurridos en República Dominicana durante el año 2019*. Naciones Unidas y UNFPA. Recuperado de <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/publications/levantamiento-de-datos-y-an%C3%A1lisis-sobre-feminicidios-ocurridos-en-rep%C3%BAblica-dominicana>

- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (s./fa). *Feminicidio*. Recuperado de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>
- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (s./fb). *República Dominicana – Perfil de país*. Recuperado de <https://oig.cepal.org/es/paises/21/profile>
- OEA/CIM (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cim/docs/Argumentario-COVID19-ES.pdf>
- Oficina Nacional de Estadísticas (2019a). *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2018)*. ONE.
- Oficina Nacional de Estadística (2019b). *Encuesta Experimental sobre la Situación de las Mujeres (ENESIM-2018)*. ONE.
- ONU Mujeres (2020). *Prevención de la violencia contra las mujeres frente a COVID-19 en América Latina y el Caribe*. ONU Mujeres. Recuperado de <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/04/prevencion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-frente-a-covid-19>
- OPS (2020, 8 de mayo). *El personal de enfermería es esencial para avanzar hacia la salud universal*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15138:nursing-staff-are-vital-for-making-progress-towards-universal-health&Itemid=1926&lang=es
- Ortiz, W. (2020, 3 de mayo). *Prevén aumento de embarazos en Ocoa; mujeres no buscan anticonceptivos al hospital*. *Listín Diario*. Recuperado de <https://listindiario.com/la-republica/2020/05/03/615865/preven-aumento-de-embarazos-en-ocoa-mujeres-no-buscan-anticonceptivos-al-hospital>
- Pérez, H. E. (2019, 4 de diciembre). *San Pedro de Macorís, DN y Santiago han hecho 441 acuerdos en casos de violencia de género*. *Diario Libre*. Recuperado de <https://www.diariolibre.com/actualidad/justicia/san-pedro-de-macoris-dn-y-santiago-han-hecho-441-acuerdos-en-casos->

de-violencia-de-genero-ND15165976

PGR (2019). *Tablas/cuadros preliminares violencia de género, intrafamiliar y delitos sexuales en la República Dominicana, enero-diciembre*. PGR. Recuperado de https://transparencia.pgr.gob.do/Inicio/i/10195_VIOLENCIA_DE_G%-c3%89NERO_INTRAFAMILIAR_Y_DELITOS_SEXUALES

PGR (2020a). *Tablas/cuadros preliminares violencia de género, intrafamiliar y delitos sexuales en la República Dominicana, enero-junio*. PGR. Recuperado de https://transparencia.pgr.gob.do/Inicio/i/10195_VIOLENCIA_DE_G%-c3%89NERO_INTRAFAMILIAR_Y_DELITOS_SEXUALES

PGR (2020b). *Tablas/cuadros preliminares de homicidios de mujeres y feminicidios en la República Dominicana, enero-septiembre*. PGR. Recuperado de <https://transparencia.pgr.gob.do/Inicio/VisualizarDocumento?DocumentoId=3010>

Popular y PACAM (2020). *Impacto psicológico en las mujeres víctimas de violencia por*

sus parejas en pandemia COVID-19. Popular y PACAM. Recuperado de https://issuu.com/popularonline/docs/impacto_psicologico_en_las_mujeres_victima_de_viol

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2017). *Desarrollo Humano en República Dominicana. El embarazo en adolescentes: Un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida*. PNUD.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina (2020). *Impacto económico y social del COVID-19 y opciones de política en la República Dominicana*. PNUD LAC C19 PDS, No. 15. PNUD.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC (s./f.). ¡La salud sexual y reproductiva NO puede estar en cuarentena! Recuperado de <https://www.reddesalud.org/es/novedades/la-salud-sexual-y-reproductiva-no-puede-estar-en-cuarentena>

Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIES). (s./f.). *Serie*

- de boletines 2019-2020. Recuperado de <https://repositorio.sns.gob.do/boletines/materno/>
- Rodríguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, No. 256, pp. 30-44. Recuperado de https://nuso.org/media/articulos/downloads/4102_1.pdf
- Rodríguez, J. (2020). *COVID-19 y suspensión de contratos de trabajo en RD*. Fundación Friedrich Ebert. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/16183.pdf>
- Santana, W. (2019, 3 de enero). Órdenes de alejamiento son poco efectivas para evitar feminicidios. *Diario Libre*. Recuperado de <https://www.diariolibre.com/actualidad/justicia/ordenes-de-alejamiento-son-poco-efectivas-para-evitar-feminicidios-IB11766925>
- SNS (2019). *Boletín anual de métricas de recursos humanos*. Salud de red del SNS 2019. Recuperado de <https://repositorio.sns.gob.do/estudios-y-analisis/#36-wpfd-recursos-humanos-en-salud>
- SNS (2020a). *Boletín mensual: junio 2020*. Servicio Nacional de Salud. Recuperado de <https://repositorio.sns.gob.do/boletines/materno/#95-wpfd-2020-1589979570>
- SNS (2020b). *Boletín mensual: enero 2020*. Servicio Nacional de Salud. Recuperado de <https://repositorio.sns.gob.do/boletines/materno/#95-wpfd-2020-1589979570>
- SNS (2020c). *Boletín Nacional de Información Estratégica del SUGEMI*, 9(3), julio-septiembre. Recuperado de <https://sns.gob.do/descarga-documentos/sugemi/>
- Tatem, Y. et al. (2020). COVID-19. Dos situaciones y una pandemia: Retos y vulnerabilidad en mirada feminista: Visiones de República Dominicana y Cuba. En *Trabajo y justicia Social*. Fundación Friedrich Ebert. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/16418.pdf>
- UNFPA (2019). *Estado de la población mundial 2019. Un asunto pendiente, la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas*. UNFPA. Recuperado de <https://panama.unfpa.org/es/publications/un-asunto->

pendiente-la-defensa-de-
los-derechos-y-la-libertad-
de-decidir-de-todas-las

Unicef República Dominicana
(s./f.). *Red Actúa: Segunda encuesta sobre el impacto socioeconómico de la COVID-19*. Informe de resultados: SEIA- RED ACTÚA COVID-19. Recuperado de <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/informes/red-actua-segunda-encuesta-sobre-el-impacto-socioeconomico-de-la-covid-19>

Velásquez, M. *et al.* (2020, 31 de julio). *La otra pandemia: la violencia contra las mujeres aumenta en América Latina en medio de la crisis por COVID-19*. Recuperado de <https://cnnespanol.cnn.com/2020/07/31/la-otra-pandemia-la-violencia-contra-las-mujeres-aumenta-en-america-latina-en-medio-de-la-crisis-por-covid-19/>.

Estrategia educativa cubana en tiempos de pandemia COVID-19. Reconstrucción y perspectivas

Yisel Rivero Baxter

Socióloga, Doctora en Ciencias Sociológicas (Universidad de La Habana, 2014). Magíster en Ciencias Sociales (FLACSO-Buenos Aires, 2000). Investigadora Titular del ICIC Juan Marinello y Profesora Titular de la Universidad de La Habana. Trabaja los temas de educación, participación y consumo cultural.

Introducción

La pandemia mundial, debido al virus SARS-CoV-2 y su enfermedad COVID-19, ha enfrentado a los sistemas educativos nacionales a una crisis sin precedentes. Una de las primeras medidas generalizadas en casi todos ha sido cerrar las instituciones educativas. Según datos de la UNESCO (2020) ello ha afectado al 91,3% del total de estudiantes matriculados en el mundo y más de 1 500 millones de personas se han quedado sin poder asistir a sus clases presenciales.

En Cuba esa decisión se tomó el 24 de marzo, se suspendió el proceso docente en todos los niveles y se cerraron las instituciones educativas. Sin embargo, se mantuvieron abiertos los círculos infantiles y algunos seminternados para apoyar a las madres trabajadoras.

A juzgar por los datos estadísticos¹ más recientes se cerraron 9 541 instituciones educativas, se vieron afectados 1 884 072

alumnos matriculados y 274 511 docentes². Situación inédita donde, de un día para otro, el sistema educativo siguió funcionando sin la presencia de alumnos y maestros en las escuelas y la continuidad de los estudios asumió modalidades a distancia.

A diferencia de otros contextos, donde se instauraron formas de aprendizaje por Internet o plataformas virtuales, la estrategia cubana se estableció fuera de línea, fundamentalmente a través de los medios de comunicación tradicionales como la radio y la televisión. Esto se produjo en la enseñanza general³, pues en la universitaria el curso escolar se interrumpió hasta su reapertura el 1ro. de septiembre.

Otra característica en el contexto cubano ha sido, tal como describen García, Hernández y Hernández (2020) cancelar o aplazar los *High Stake Tests*⁴. Se eliminaron los exámenes para el acceso a los Institutos Preuniversitarios Vocacionales de Ciencias Exactas (IPVCE) en el tránsito del nivel secundario al preuniversitario y se aplazaron los de ingreso a la Educación Superior (ES).

En estas circunstancias, docentes y familias han estado realizando un gran esfuerzo por mantener el derecho a la educación de todo el alumnado. Los primeros en adaptar contenidos y metodologías al aislamiento exigido y las segundas en acompañar las demandas escolares. Todo ello en medio de un contexto complejo.

2 Como tal se entiende al personal docente por educaciones. Esto incluye a toda persona oficialmente habilitada, en régimen de dedicación plena o parcial, para orientar y alcanzar la experiencia de aprendizaje de los alumnos, independientemente de su calificación profesional o el modo de proceso de aprendizaje: presencial o a distancia.

3 Entenderemos por enseñanza general, aquella que no es universitaria, donde se incluyen todos los niveles educativos obligatorios o no.

4 Los autores los describen como aquellos exámenes que suponen un punto de inflexión curricular, que implican toma de decisiones sobre el futuro de los estudiantes.

Este trabajo sistematiza la estrategia diseñada hasta el momento de su publicación, las circunstancias en la que se ha implementado, los retos que le son inherentes y las posibilidades para que sea exitosa. La exposición se hará atendiendo al momento del proceso (cierre-reapertura de instituciones), al tipo de enseñanza (general o universitaria) y al eje de la estrategia (ajuste curricular, clases televisivas, plataformas digitales y apoyo-acompañamiento a docentes y familiares).

Situación educativa pre-COVID-19

A continuación, se consideran las condiciones de partida del sistema educativo. Esto es, estructura y recursos didácticos que habitualmente lo han acompañado.

Organización del sistema educativo

La escolarización obligatoria en Cuba incluye nueve años, desde la educación primaria hasta la secundaria básica. El sistema se conforma por los siguientes niveles educativos:

Primera infancia: fase inicial de la enseñanza organizada. Incluye a niños de 0 a 5 años, atendidos en dos variantes: institucional (círculos infantiles) y no institucional (a través del programa Educa a tu hijo). Hasta los 4 años no es obligatoria, pero a partir de los 5 años sí, cuando se incorporan al grado preescolar, que puede hacerse en círculos o en primarias.

Educación primaria: abarca los grados de primero a sexto y edades de 6 a 11 años. Es obligatoria e incluye modalidad regular y multigrado (zonas rurales). También contiene Escuelas Vocacionales de Arte (EVA).

Educación secundaria básica: comprende los grados de séptimo a noveno y edades de 12 a 14 años. Es obligatoria y se desarrolla en Escuelas Secundarias Básicas Urbanas (ESBU) y en Escuelas Secundarias Básicas en el Campo (ESBEC). Estas últimas funcionan con régimen de alumnos internos, seminternos y externos. Se incluyen Escuelas Vocacionales de Arte (EVA).

Educación preuniversitaria: incluye del décimo al duodécimo grado y edades de 15 a 17 años. No es obligatoria y dentro de ella existen instituciones con objetivos y características especiales como son:

- Institutos Preuniversitarios Vocacionales de Ciencias Exactas (IPVCE), a los que se ingresa mediante un proceso selectivo (exámenes de acceso) y se profundiza en la ciencia y la técnica.
- Instituto Preuniversitario Vocacional Hermanos Martínez Tamayo (Ministerio del Interior).
- Escuelas Vocacionales Camilo Cienfuegos (Ministerio de las Fuerzas Armadas).
- Escuelas de Iniciación Deportiva Escolar (EIDE).
- Escuelas Superiores de Perfeccionamiento Atlético (ESPA).

Escuelas pedagógicas: La formación se realiza con graduados de noveno grado y un plan de cuatro años de estudios, que prepara a los estudiantes en las especialidades de: primaria, especial, artística, preescolar (desde el curso inicial), inglés para primaria y materias de secundaria básica vinculadas a disciplinas curriculares. Los alumnos egresan con nivel medio superior profesional y una preparación general, que les permite acceder a la ES.

Educación técnica y profesional: no es obligatoria y comprende una gama de especialidades en cursos de 2 a 4 años de duración, en dependencia de que el ingreso se efectúe con noveno o duodécimo grado. Al concluir pueden acceder al mercado de trabajo o ingresar a la ES en carreras afines a la especialidad.

Educación Especial: supone la atención educativa a niños, adolescentes y jóvenes con Necesidades Educativas Especiales (NEE). Tiene representación en todos los niveles educativos.

Educación de jóvenes y adultos: Comprende los cursos de la Educación Obrero Campesina (EOC) para sexto grado, Secundaria Obrero Campesina (SOC) para noveno grado y la Facultad Obrero Campesina (FOC) para duodécimo grado, así como los centros para la enseñanza de idiomas.

Educación Superior: su acceso exige el título de preuniversitario o un técnico medio superior, además pruebas de ingreso y/o aptitud en algunas carreras. La formación general es de 4 o 5 años con excepción de medicina que consta de 6 años. A partir del actual curso comienza el Plan D que es de 4 años para todas las carreras, además de programas de ciclo corto de 2 años (ES no universitaria). Todas las universidades, excepto las de medicina, se subordinan al Ministerio de Educación Superior (MES).

Como se ha dicho las educaciones artísticas y deportivas tienen una estructuración propia con representación en todos los niveles de enseñanza.

Las educaciones anteriores están regidas por dos organismos: el Ministerio de Educación Superior (MES) rectora la Educación Superior y el Ministerio de Educación (MINED) dirige las restantes. El MES comparte responsabilidades formativas con otros

ministerios del Estado, como son: Ministerio de Salud Pública (MINSAP); Ministerio del Interior (MININT) y Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (MINFAR).

En sentido general, la política educativa se rige por los principios de: gratuidad, responsabilidad estatal, combinación estudio-trabajo, coeducación, educación como derecho y deber de todos y universalización de la enseñanza. También ha declarado los componentes educativos, directrices generales que precisan el encargo que la sociedad le hace al sistema e incluyen conocimientos, habilidades y valores, que sirven de base para la formulación de las políticas educativas que se concretan en los modelos educativos. Se trata de las dimensiones: patriótica, ciudadana y jurídica, científica-tecnológica; salud y sexualidad con enfoque de género; estética; politécnica, laboral, económica y profesional; comunicación; medio ambiente y desarrollo sostenible y proyección social.

Recursos didácticos habituales

Los insumos para implementar los procesos formativos se garantizan de forma gratuita por el Estado en cuanto al material escolar. Además, existen aquellos telemáticos, como clases televisivas y portal CubaEduca.

Aunque en ambas enseñanzas (general o universitaria) se asegura por igual el acceso a los libros de textos, libretas y lápices, el resto de los recursos se distribuyen de manera diferente.

Enseñanza general

El proceso docente en el contexto cubano se ha visto complementado con intervenciones desde el campo audiovisual. Se destacan desde el año 2000 tres acciones concretas de alto impacto:

- El programa “video club juvenil”, que funciona como una organización independiente con sus propias salas de video. Esto aumentó el número de locales para la proyección, distribuidos por todo el país, donde se establece una programación planificada y esencialmente educativa.
- Las salas rurales de televisión, construidas en asentamientos campesinos sin electricidad y con difícil acceso. Muchas de ellas funcionan con paneles fotovoltaicos y tienen capacidad para 50 personas aproximadamente.
- El surgimiento de dos nuevos canales educativos: el Canal Educativo y el Canal Educativo 2, en los cuales se combina una programación destinada a las escuelas, con otra para toda la población con un carácter esencialmente didáctico. Estos se mantienen hasta nuestros días.

A partir de ese año estos recursos adquirieron un lugar vital por su utilidad didáctica, y su empleo en la escuela se enmarcó en el conjunto de transformaciones que acontecieron en el sector.

En ese contexto, se destacó el Programa Audiovisual, surgido en el marco de la “Batalla de Ideas”⁵. Se inició con la entrega de televisores para los centros docentes de todas las enseñanzas y equipos de video. Así se insertó en la vida escolar, incluyó la transmisión directa de materiales en forma de programas televisivos o teleclases y la circulación de videocasetes para su exhibición en

5 La expresión remite a las ideas como fuerza contestaria frente a los peligros de la humanidad. Así la fundamentó Fidel Castro en entrevista a Ignacio Ramonet: “Son las ideas que alumbran el mundo (...) las que pueden traer paz al mundo y que pueden traer solución a los graves peligros de guerra y de la violencia”. Desde esta concepción se estableció una política encaminada al aumento del nivel general de conocimientos, de educación y de cultura de todos los cubanos. Se trata a decir de Puebla (2014) de una etapa signada por potenciar el desarrollo humano y, entre sus objetivos fundamentales, concibió la formación integral de la población.

horarios de conveniencia. Todo ello coordinado por la Dirección de Televisión Educativa del MINED, creada en el 2002. Aunque el programa no continuó, dejó establecida una metodología de teleclases y de elaboración de productos audiovisuales didácticos, que se han instaurado en las dinámicas institucionales. La parrilla de programación escolar del Canal Educativo abarca todos los niveles con espacios de apoyo curricular, complementarios y formativos. Los primeros principalmente para la Primaria y Secundaria Básica, en asignaturas como: Educación Musical, Plástica, Inglés, Historia, Ciencias, Cívica y Educación Artística. También se incluyen repasos para alumnos de duodécimo para sus pruebas finales y la preparación para el ingreso a la ES, en Matemática, Español e Historia de Cuba.

Otra entidad ha sido la Dirección de Tecnología Educativa del MINED, fundada en el 2003. Ha creado servicios telemáticos y recursos metodológicos como las colecciones de *softwares* educativos, tales como: Multisaber (primaria), El Navegante (secundaria básica) y Futuro (preuniversitaria).

Por otra parte, la enseñanza general también tiene en el Portal Cubaeduca (www.cubaeduca.cu) un gran aliado. Este espacio virtual, surgido en el 2009, es una plataforma integradora de contenidos y servicios afines a la educación. En su creación, coordinación y dirección coinciden directivos, docentes y técnicos de la Dirección Nacional de Informática Educativa y de la Empresa de Informática y Medios Audiovisuales, CiNESOFT.

El portal brinda recursos y servicios que favorecen el aprendizaje en correspondencia con los currículos. Ofrece al personal docente materiales que contribuyen a su formación y desempeño y, para las familias, brinda orientaciones vinculadas a las tareas escolares.

La plataforma se estructura en cuatro componentes: sistema informacional, repositorio de recursos digitales para el aprendizaje, sitios de las asignaturas con entornos de aprendizaje hipermediales y mecanismos de intercambio telemático. Entre los recursos y servicios digitales se destacan: ejercicios interactivos, *software on line* y descargas de *software* para tabletas y celulares (juegos instructivos, visitas virtuales); sitios dedicados a temáticas específicas⁶ para estudiantes y docentes; repasador en línea; web TV⁷; *software* de preparación para exámenes de ingreso a la Educación Superior, entre otros.

En general, estos antecedentes favorecieron el establecimiento de la estrategia educativa ante la COVID-19 con tan poco tiempo de antelación en la enseñanza general. La experiencia en el uso de recursos digitales y audiovisuales constituyeron una fuente importante y evitaron caer en la improvisación.

Enseñanza universitaria

La Educación Superior cuenta con una red nacional, más las páginas web de las universidades y sus facultades. La Red Nacional Universitaria (Cuba) conocida por REDUNIV (<http://www.reduniv.edu.cu/>)⁸ brinda transporte de datos, servicios y alojamiento de aplicaciones necesarias para la informatización de los Centros Universitarios y de Investigación del MES. Permite interconectar a las organizaciones que forman parte de él, contiene un amplio repositorio de información generada desde las universidades cubanas y de otros países. Incluye tesis de diploma, maestría

6 Ortografía, Educación vial, Diccionario de la RAE, materiales de estudio, TV educativa, Evaluador e investigador Educativo, Alfabetización.

7 Repositorio de videos cortos de variadas temáticas relacionadas con el estudio de las ciencias con diferentes intencionalidades educativas.

8 Sus antecedentes datan de la década de los años 80, pero es en el 2004, bajo los auspicios de la Oficina Nacional de Informatización de la Sociedad (INFOSOC), cuando el sistema de enlaces de REDUNIV fue fortalecido.

y doctorado, artículos, revistas, entre otras producciones científicas. Además de cursos en línea y *software* libres.

Gil (2020)⁹ explica que todas las universidades tienen plataformas de enseñanza- aprendizaje disponible, pero no así recursos educativos listos y certificados. Las universidades están en situaciones desiguales, solo algunas tienen repositorios con clases, conferencias, clases prácticas, seminarios, laboratorios, entrenadores y *softwares* utilitarios. Entre las universidades líderes se encuentran: la Universidad de Ciencias Informáticas (UCI), la Universidad Central de Las Villas (UCLV) y la Universidad Nacional Agraria de la Habana (UNAH).

El especialista refiere que al interior de las universidades también hay diferencias por facultades. Por ejemplo, dentro la Universidad de La Habana (UH) no todas tienen montados entornos virtuales de aprendizaje o de enseñanza-aprendizaje (EVEA). Los trabajos con plataformas en la Facultad de Educación a Distancia llevaron a encontrar Moodle como alternativa real de uso. Desde el año 2002 en dicha facultad se contaba con un servidor de Moodle, accesible desde Internet. Allí se alojaron diversos cursos y diplomados, dirigidos a profesores quienes, a su vez, replicaron estas experiencias en sus facultades, destacándose las de Física, Biología, Psicología, Matemática y Computación. Sin embargo, esta experiencia no ha podido mantenerse en el tiempo.

El uso de Moodle como vía para la docencia *on line* no ha sido viable. Su acceso a través de redes telefónicas es costoso para docentes y estudiantes. No se ha encontrado una solución con el proveedor de servicios de Internet que suponga gratuidades en los accesos. Esta

9 Dr. Jorge E. Gil Mateos, Profesor Titular de Tecnologías en la Educación. Centro de Estudios Para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana. Entrevista concedida a la autora el 3 de noviembre de 2020.

situación no es exclusiva para la UH, por lo que los EVEA no son un recurso generalizado a universidades y facultades (Gil, 2020).

Cambios en las prácticas educativas a partir de la pandemia

El obligado cierre de las instituciones (general y universitaria) ha supuesto circunstancias nunca antes vividas durante los procesos docentes en el país. Se han tomado decisiones inmediatas, sin todas las condiciones económicas, de equipamiento, de conocimiento, de habilidades y emocionales necesarias. Todo ello bajo el imperativo de defender el derecho a una educación para todos y mantener los indicadores alcanzados en este campo.

La alternativa educativa cubana se ha centrado fundamentalmente en: incremento de clases televisivas, nuevas funciones para el Portal digital CubaEduca, ajustes curriculares y apoyo a docentes y familias.

A partir de los principios y las condiciones que han configurado nuestros procesos en el período iniciado con la pandemia, se analizan los ejes de las transformaciones implementadas.

Principios y condiciones

El período iniciado con la pandemia se sustentó bajo los principios de garantía de educación para todos, información y canales de retroalimentación con la ciudadanía.

En cualquier modalidad para la continuidad del curso 2019-2020, se respetó el derecho de los alumnos de hacer evaluaciones ordinarias y de revalorización, según lo establecido para cada nivel. Se contemplaron momentos para la consolidación y ejercitación, antes de empezar con nuevos contenidos y evaluaciones.

Todas las decisiones fueron informadas oportunamente por los medios. Se destacó el espacio de la Mesa Redonda, transmitida por los principales canales de televisión y reproducida en sus aspectos esenciales en las redes sociales (página de Cubadebate en Facebook o su sitio web: www.cubadebate.cu). Generalmente comparecieron altos directivos, ministros y directores de los niveles educativos u organismos.

Para garantizar la retroalimentación con la ciudadanía existen direcciones de correo electrónico¹⁰, teléfonos y espacios en las redes. Familias y estudiantes canalizan sus inquietudes, bien sobre contenidos a incluir en las teleclases, ejercicios difíciles, organización del curso, uniformes escolares, etc.

Otro principio ha sido el acompañamiento legal de las decisiones establecidas. El MINED en los meses de mayo- junio de 2020 emitió nuevas resoluciones¹¹ que modificaban otras anteriores para adaptar el sistema a las circunstancias de pandemia. Estas pautaron: evaluación escolar, modificaciones curriculares, continuidad de estudio, otorgamiento de círculos infantiles y formación pedagógica.

El MES también emitió indicaciones normativas¹², incluso algunas modificativas o de profundización de las anteriores. Se presentaron dos resoluciones vinculadas a los exámenes de

10 Se habilitó el correo electrónico programación.educativa@icrt.cu.

11 En la Gaceta Oficial No. 43 Ordinaria de 25 de junio de 2020 se encuentran las resoluciones de la 97 a la 101 del 2020 (<http://www.gacetaoficial.gob.cu>).

12 Se destacan tres Indicaciones Especiales sobre el cumplimiento del plan de medidas para la prevención, enfrentamiento y control del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) (No. 1 del 23 marzo; No. 2 del 26 marzo y No. 3 del 9 abril).

ingreso, continuación/culminación de los cursos¹³ y suspensión de actividades que atentaban contra el distanciamiento.

Además de los principios, los cambios por la pandemia se han producido en un contexto con condiciones, algunas más favorables que otras. Dentro de las positivas está un currículo nacional, común y obligatorio para todo el país, equivalente con un consenso internacional sobre lo que debe saberse por grado y nivel. A su vez, hasta el 24 de marzo, momento en que se detuvo el curso, había transcurrido el 70% de las semanas lectivas, así como las evaluaciones sistemáticas y parciales previstas, lo que facilitó establecer la evaluación final en cada asignatura (Velázquez¹⁴).

Otra condición propicia es el acompañamiento de las ciencias sociales a las principales decisiones que se han tomado. Cuba lleva años inmersa en el Tercer Perfeccionamiento del Sistema Educativo, el que ha supuesto novedades en la definición del currículo¹⁵, los textos escolares, vínculos con las familias, entre otras áreas donde se han implementado nuevas dinámicas, sustentadas todas por la investigación educativa y el consenso entre especialistas. Muchos de sus preceptos han podido aplicarse en el momento actual.

13 La resolución 48/20 establece adecuaciones al proceso de ingreso a la Educación Superior al curso 2020-2021 y la 49/20 a la continuidad y culminación de estudios en los cursos 2019-2020 y 2020-2021.

14 Ena Elsa Velázquez Cobiella, Ministra de Educación, comparecencia en Mesa Redonda del 17 de abril de 2020.

15 La concepción curricular propuesta contempla dos componentes curriculares: el Currículo General y el Currículo Institucional. Entre sus características se destacan las de ser integral, flexible, contextualizado y participativo. El Currículo General constituye las aspiraciones a alcanzar en todos y cada uno de los educandos, el encargo que nos hace la sociedad. El Institucional, novedoso en esta concepción, posibilita tomar en consideración lo que se puede y se necesita hacer diferenciadamente en cada institución y modalidad educativa. Todo ello partiendo de: desarrollo real de sus educandos, fortalezas y debilidades de los colectivos laborales y pedagógicos, las familias y el contexto en general. Es decir, lo elabora la institución docente a partir de la consulta con todos los factores de la escuela y la comunidad.

A pesar de las circunstancias anteriores, el cierre y reapertura de las instituciones educativas han estado afectados por dimensiones inherentes al proceso de aprendizaje que no se han podido garantizar. Rogero-García (2020) explica, en primer lugar, que se precisa de interacción social, hay contenidos y habilidades que deben aprenderse y evaluarse a partir del vínculo físico entre alumno y maestro, y en los alumnos entre sí. En segundo, que las familias no siempre tienen el tiempo, ni las capacidades para sustituir al maestro; casi automáticamente y sin la preparación adecuada, se les ha delegado la educación formal de sus hijos. No todos tienen las condiciones materiales, tiempo y formación suficiente para asumir esa función educativa con toda la calidad requerida. En tercero, que la emergencia sanitaria afecta emocionalmente al alumnado; la ausencia de relaciones interpersonales debilita su bienestar, su satisfacción personal, amplía su ansiedad y estrés. Todo ello junto a la incertidumbre sobre el fin del confinamiento favorece conductas irritables.

Ejes de los cambios

Con el cierre de las instituciones educativas se inició un período inédito en la realidad educativa y social cubana. Las alternativas han sido: ajustes curriculares y organizacionales, incremento de actividades docentes televisivas, nuevas funciones de plataformas digitales e intensificación de sugerencias para familias. Todo ello en dos momentos importantes: cierre (24 de marzo al 28 de agosto de 2020) y reapertura (1ro. de septiembre de 2020). Este último no ha sido homogéneo, pues hubo territorios que no pudieron abrir, dada su situación epidemiológica. Seguidamente se explican las alternativas, según momento y enseñanzas.

Durante el cierre institucional

Ajustes curriculares

En todas las educaciones la estrategia curricular se centró en la modulación de contenidos y nuevas formas de evaluación. En la primera se priorizaron asignaturas básicas y contenidos esenciales; mientras que en la evaluación se integraron objetivos en núcleos temáticos interdisciplinarios y así se consideraron varias asignaturas afines en un solo ejercicio. En este último, de carácter individual (trabajo práctico o seminario integrador), los estudiantes no habían sido ejercitados con anterioridad, ni en las clases ni en las evaluaciones. Veamos las particularidades para cada enseñanza.

Enseñanza general:

Al cerrar los centros el currículo siguió implementándose a través de clases televisivas, que mantuvieron objetivos y materias de las asignaturas, pero la intención fue solamente sistematizar contenidos dados. Así se comportaron del 30 de marzo al 17 de abril de 2020.

Del 20 de abril al 30 de mayo se redujo a los contenidos esenciales de las asignaturas; mientras que del 1 al 12 de junio se limitó a Matemática, Español e Historia. En ambos períodos se mantuvo la preparación de alumnos para evaluaciones finales y exámenes de ingreso a la ES.

Enseñanza universitaria:

En la ES se suspendió la docencia presencial tanto en el Curso Regular Diurno (CRD) como en el Curso por Encuentro (CPE) para pasar a modalidad no presencial. Al principio la intención fue mantener contenidos y objetivos por año y asignatura. Así se orientaron lecturas y estrategias de estudio; pero no evaluaciones. Los profesores se aseguraron de que los estudiantes tuvieran la bibliografía

fía necesaria para continuar el curso autónomamente. La comunicación dependió de las condiciones de profesores y estudiantes y fue variada, bien *on line* o telefónica. La vía por excelencia fue el correo electrónico institucional y los grupos de WhatsApp creados espontáneamente por los alumnos.

A partir del 20 de abril de 2020, cuando se preveía el reinicio del curso, el proceso anterior se interrumpió y se decidió posponer toda actividad docente. Esto comprendía las actividades de investigación estudiantil y las orientaciones que se venían ofreciendo. Con esta medida se intentó evitar desigualdades de estudiantes y profesores por concepto de acceso a Internet. Además de que muchos se trasladaban a las zonas wifi y eso atentaba contra el confinamiento exigido. Solamente se mantuvo la actividad de tesis, en aquellos alumnos suficientemente adelantados como para escribir la memoria escrita. Se comenzó a prever escenarios posibles para garantizar las pruebas de ingreso a la ES y los ejercicios de finalización de carrera.

Otra particularidad fue que la universidad pasó de una función educativa a una más social, de apoyo a las medidas para enfrentar la COVID-19. Muchos inmuebles de esta se convirtieron en centros de aislamientos, donde trabajaban profesores y estudiantes. Las Facultades de Química y Biología apoyaron la elaboración y distribución de preparaciones de cloro a la población.

Actividades docentes televisivas (teleclases)

El principal eje de la estrategia educativa para la enseñanza general ha sido las clases televisivas. Pero, excepto en la preparación para los exámenes de ingreso a la ES, no fueron realmente clases, sino orientaciones para el estudio, incluso se empleaba menos tiempo que el que ocupan en las aulas. A su vez, informan sobre los objetivos por semana, lugar de los ejercicios en el libro, resúmenes

de contenidos tratados, orientaciones a la familia para el estudio individual y la bibliografía a utilizar.

Las teleclases se transmiten a través del Canal Educativo de lunes a viernes, con algunas retransmisiones por el canal Tele Rebelde, donde, además, se incluyen las materias dirigidas a la educación de jóvenes y adultos. Las clases se planificaron en un mismo horario todos los días, salvo en los grados que tengan más de cinco. En general no coinciden las materias ni los horarios de cada nivel. Cuentan con intérpretes de lengua de señas cubana, lo que garantiza la inserción de la población sorda y hipoacústica en la estrategia establecida.

Esta programación ha variado según los ajustes curriculares establecidos. Del 30 de marzo al 17 de abril se transmitió de lunes a viernes la programación de todas las asignaturas y niveles, así como las teleclases para los exámenes de ingreso. Cada asignatura tuvo un tiempo de 30 minutos y un mismo horario todos los días.

Del 20 al 24 de abril se incluyeron cuatro espacios para el noveno grado¹⁶. Las asignaturas de Matemática e Historia de décimo y oncenos tuvieron turnos dobles. El canal Tele Rebelde incluyó programación para las escuelas pedagógicas y Escuelas de Profesores de Educación Física (EPEF)¹⁷.

Del 27 de abril al 30 de mayo se mantuvieron los cuatro turnos para noveno grado y se amplió a una hora las actividades de las asignaturas Matemática, Español e Historia de décimo, oncenos y primer y segundo año de la Educación Técnica y Profesional.

16 En las asignaturas Matemática, Español, Historia y Física-Química (alternan).

17 Se incluyeron Teoría y Metodología del Entrenamiento Deportivo, Anatomía, Teoría y Metodología de la Educación Física y Gimnasia Básica. Estas clases también se pueden descargar de la página oficial del INDER (<http://www.inder.gob.cu/clases>).

También se incluyeron el inglés para el maestro de primaria y tres turnos para orientaciones variadas en la formación pedagógica. La enseñanza artística se incorporó a la programación de lunes a domingo por el canal Tele Rebelde¹⁸. En todos los casos, no solo se desarrollaron actividades de consolidación y ejercitación, sino también nuevos contenidos.

En el período del 1ro. al 12 de junio continuaron las actividades docentes, pero solamente turnos de Matemática, Español e Historia de una hora para Preuniversitario y Enseñanza Técnica-Profesional. También se incluyeron espacios complementarios dirigidos a reforzar contenidos de las diferentes asignaturas.

En todos estos momentos se mantuvieron los repasos para los exámenes de ingreso a la ES en el mismo horario y con una hora de duración para cada asignatura.

Nuevas funciones del Portal CubaEduca (www.cubaeduca.cu)

Ante la pandemia el portal CubaEduca incluyó una programación especial COVID-19 para todos los niveles educativos. Se expone toda la parrilla televisiva transmitida desde el 24 de marzo hasta la actualidad, incluidas las teleclases, descargables gratuitamente. Se ofrece una APK para dispositivos móviles que permite recopilar y mostrar información en tiempo real del comportamiento, noticias y estadísticas sobre la pandemia.

Acompañamiento emocional y escolar a las familias

El funcionamiento de un sistema educativo en circunstancias de pandemia no debe estar ajeno al estrés y ansiedad que se genera

18 Se priorizaron las asignaturas de Solfeo, Piano Básico, Práctica del Instrumento, Preparación Física, Voz y Dicción, Escultura, Pintura, Ballet y Técnica de la Danza.

en alumnos, familias y docentes. La doctora Peón Valdés¹⁹ refirió algunos impactos en la salud mental de niños y adolescentes durante su estancia en las casas y en aquellos que enfermaron²⁰. En el primer sentido, sobreapego a los familiares; ansiedad; irritabilidad, con reacciones emocionales exageradas respecto al evento que lo motiva; conductas rebeldes y voluntarismos. Ante el cambio de vida de los escenarios de juego se invirtieron los horarios de sueños y se produjo un sobreconsumo de tecnologías digitales. Los que padecieron la enfermedad, por lo general, no se afectaron psicológicamente. Pero, en algunos casos han reaccionado con ansiedad, pánico, trastornos de sueños o han perdido el control de esfínter que habían logrado.

La CEPAL-UNESCO (2020) reconocen la necesidad de mantener el bienestar psicológico, social y emocional de las comunidades educativas en las actuales circunstancias a través del desarrollo de habilidades de adaptación y resiliencia emocional. Se requiere un aprendizaje socioemocional para mitigar los efectos nocivos de la crisis sociosanitaria; pero ello exige acompañamiento, apoyo y recursos especialmente orientados a esta intencionalidad.

En el quehacer de contención emocional, se han elaborado algunos textos para enfrentar el impacto de la COVID-19 en la educación en entornos escolares y familiares. En el sitio web de la Unesco y del MINED se pueden consultar cuatro folletos publicados

19 Doctora Tania A. Peón Valdés, especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil, en Mesa Redonda del 28 de agosto de 2020.

20 Se trata de una investigación conjunta entre el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de La Habana y el Instituto Central de Ciencias Pedagógicas (MINED).

en Cuba²¹, con propuestas metodológicas y de actividades para la escuela o el hogar, así como para seguimiento, evaluación y sostenibilidad de la estrategia de atención planificada. También está la publicación *Vamos a jugar. Material centrado en la recreación y el aprendizaje*, guía de apoyo al aprendizaje, comunicación y apoyo psicoemocional de la primera infancia.

Otra iniciativa interesante han sido los “Psico grupos en WhatsApp”, iniciada desde el día 26 de marzo. Es impulsada por la Sección de Orientación Psicológica de la Sociedad Cubana de Psicología, junto a varias instituciones educacionales, profesionales y científicas del país²². Se trata de servicios montados sobre WhatsApp para ofrecer orientación psicológica profesional ante la situación de la COVID-19. La intención fue canalizar preocupaciones y dudas sobre cómo afrontar situaciones familiares, de trabajo, de pareja, con los hijos, en condiciones de aislamiento sanitario y de convivencia sostenida. Brindó ayuda profesional ante las ansiedades, temores o conductas no habituales que emergen en dichas condiciones. Estaban habilitados grupos para: jóvenes, adultos medios, madres y padres de niños y adolescentes, familias y migración, adultos mayores, personal de salud y trabajo social, jóvenes que van a ingresar en la Universidad, personas LGTBIQ y familiares y amigos de individuos en vigilancia epidemiológica.

21 Sugerencias metodológicas para el diagnóstico y actividades a desarrollar desde la escuela y por la familia. Propuesta de actividades lúdicas y docentes a desarrollar en la escuela o en el hogar. Sugerencias metodológicas para el seguimiento, evaluación y sostenibilidad de la estrategia de atención planificada. Estos textos han sido resultado del trabajo conjunto del MINED, la Universidad de Pinar del Río; la Oficina Regional de Cultura para América Latina y el Caribe de la UNESCO, con sede en La Habana y el equipo del programa “Cada niño aprende”, de la Oficina de UNICEF-Cuba.

22 Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas del CITMA, Centro de Atención Psicológica a la Población, Biblioteca Nacional y otros.

Esta experiencia, sistematizada por un Colectivo de autores (2020), durante los 3 meses de funcionamiento hasta el 13 de julio de 2020²³, registró 2 798 miembros del chat, de estos 213 activos, 748 en línea leyendo y a 42 se les dio atención individual. Entre las problemáticas principales comunes destacan: impactos individuales (estados emocionales negativos, necesidad de autocuidado, manejo del estudio, duelos, etc.), interacción con los otros (dificultades en la convivencia familiar, en las relaciones de pareja, comunicación interpersonal, cuidado de: niños, adultos mayores, pacientes enfermos o con sospecha), entre otras.

Hubo también una atención durante las 24 horas por la línea ayuda (103), que contó con la participación de profesionales de la salud y otros.

El apoyo no solo ha sido emocional sino también docente. Desde el principio hubo espacio para la orientación en materia curricular. Las teleclases han sido concebidas también para las familias. Muchas veces se les habla a ellas directamente y se les hacen recomendaciones referidas a cómo favorecer el estudio individual. Se explicitan los objetivos y se resumen los contenidos tratados. Todo ello favorece la labor de acompañamiento y apoyo a las tareas docentes de sus hijos.

Reapertura institucional

El 1ro. de septiembre empezó el curso escolar de manera presencial en casi todo el país, con excepción de la provincia La Habana y otros territorios²⁴, debido a una situación epidemiológica desfavorable. A partir de esa fecha se inició una nueva etapa educativa, que en el caso de

23 Algunos reabrieron en septiembre, ante la imposibilidad de reinicio del curso en varios territorios, fundamentalmente La Habana, pero cerraron el 30 de octubre.

24 La Palma, Mariel, Artemisa, San Cristóbal, Cárdenas; Camajuaní; Manicaragua y Consejo Popular Mataguá.

la enseñanza general combina las clases presenciales con las televisivas, para aquellos donde los centros escolares no se pudieron abrir.

En las instituciones que reabrieron con modalidad presencial, cada estudiante comenzó en el mismo año de vida en el círculo infantil, grado y año en el resto de los niveles educativos, incluida la ES.

Ajustes curriculares

Los ajustes curriculares se centraron en la evaluación y en la combinación de lo presencial con las teleclases (enseñanza general). La intención fundamental fue la continuidad y culminación del curso 2019-2020, así como el inicio del curso 2020-2021. De manera que todas las indicaciones especifican en uno y otro sentido.

Velázquez²⁵ explicó que para la enseñanza general se establecieron adaptaciones curriculares a los planes de estudio, solo aplicable para el curso 2020-2021 (Resolución Ministerial 108/20). Estas incluyen el fin y los objetivos del nivel, años y grados, la grada curricular y los programas correspondientes a cada asignatura. También la parrilla televisiva y un folleto de orientación para las nuevas formas de trabajo en el presente curso.

En el caso de la enseñanza universitaria la estrategia se centró en las evaluaciones para la culminación del curso 2019-2020.

Enseñanza general:

Para culminar el curso 2019-2020 se reajustaron las formas de evaluación de la siguiente forma:

25 Ena Elsa Velázquez Cobiella, Ministra de Educación, comparecencia en Mesa Redonda del 22 de octubre de 2020.

- Exámenes escritos en asignaturas básicas, generalmente Matemática, Lengua Española, Historia y de las especialidades para la ETP.
- Trabajos escritos integradores²⁶ de asignaturas comunes, de un lado las de ciencias exactas y del otro las humanidades.
- Promedio de las evaluaciones realizadas hasta el 20 de marzo de 2020.

No obstante a las indicaciones generales, cada centro tuvo cierta autonomía para diseñar la etapa de reinicio y culminación del curso escolar.

Para los territorios que no comenzaron el curso escolar²⁷ se mantuvieron las teleclases, enfocadas en la preparación para las evaluaciones. Se priorizaron Matemática, Español e Historia, los seminarios integradores y en el caso de la Educación Técnica y Profesional, las asignaturas de sus respectivas especialidades. También se incluyeron recomendaciones de actividades para Preescolar y la Educación Especial en el hogar.

Respecto a las escuelas de arte también se desarrollaron actividades televisivas de lunes a sábado por el canal Tele Rebelde. Los estudiantes de las escuelas nacionales que no residían en la capital se incorporaron a las escuelas de sus provincias y, para las especialidades que no se desarrollaban en estas, visualizaban las teleclases y eran atendidos por tutores de las escuelas nacionales y especialistas de los territorios.

26 Al estilo de monografía, en la primaria se denominan trabajos prácticos y en otros niveles, seminarios, pero en esencia son similares.

27 21 de los 168 municipios del país no empezaron actividades presenciales en la educación general, y las universidades de seis de las 15 provincias permanecieron cerradas (Mesa Redonda del 2 septiembre de 2020).

El diseño de las adaptaciones curriculares para el nuevo curso 2020-2021, consensuado con las comisiones de planes, programas y asignaturas, se sostiene en las siguientes ideas²⁸:

- Asumir los fundamentos teórico-metodológicos y las formas de trabajo del Tercer Perfeccionamiento del Sistema Nacional de Educación (SNE). Este proceso ha permitido experimentar, en los últimos tres años, la concepción curricular diseñada para la Primera Infancia, Primaria, Secundaria Básica y Preuniversitario. Por ello ha sido factible utilizar esa experiencia en las adaptaciones curriculares que se han implementado.
- Abordar todos los contenidos establecidos en las gradas curriculares.
- Incorporar las nuevas vías de evaluación experimentadas.
- Integrar contenidos, mediante el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar, para evitar la reiteración.
- Actualizar e incorporar contenidos que el contexto social exige, tales como: la Constitución de la República, la Ley de los Símbolos Nacionales y la Ley Electoral.
- Utilizar materiales y productos audiovisuales e informáticos.
- Capacitar a directivos y docentes en todos los niveles de dirección, a través de videoconferencias y paneles con expertos.

En cuanto al cronograma del curso escolar 2020-2021 está previsto que conste de 35 semanas; 31 lectivas y 4 para evaluaciones finales²⁹. Las evaluaciones finales serán del 21 de junio al 17 de julio.

28 En la Mesa Redonda del 2 de junio se establecieron los principios del nuevo curso 2020-2021.

29 Esta información fue expuesta en la Mesa Redonda del 19 de junio.

Enseñanza universitaria:

Los exámenes de ingreso a la ES se mantuvieron. Una vez reiniciadas las actividades los estudiantes de duodécimo tuvieron una etapa de preparación de 30 días antes de examinarse, aunque dicha preparación no se interrumpió. La especificidad para el momento actual es que solo se realizó una sola convocatoria en las tres asignaturas: Matemática, Español e Historia de Cuba y en fechas diferentes, según las condiciones de cada lugar.

El 1ro. de septiembre, en todas las universidades, se reinició el curso escolar a excepción de las provincias La Habana, Artemisa y Mayabeque, dada sus complejas situaciones epidemiológicas. Esta etapa se enfocó en la continuidad y cierre del presente curso escolar (2019-2020) e inicio del próximo (2020-2021).

El primer período de recuperación duró once semanas para el cierre de asignaturas, cambios de carreras, exámenes finales, extraordinarios y de fin de curso. Se exhortó a diversos tipos de evaluación, como ejercicios profesionales y proyectos. Todo ello en correspondencia con los objetivos de la carrera y las características del contexto, siempre que estuvieran creadas las condiciones organizativas y metodológicas.

Se defendió la flexibilidad para disminuir los exámenes escritos y optar por trabajos finales escritos (monografías) y, de ser posible, integrar asignaturas afines en una sola evaluación final. En ese sentido, las facultades, excepcionalmente, tuvieron autonomía para decidir las evaluaciones finales y ejercicios de culminación de estudios³⁰. En estos últimos, incluso se permitió eximir de este

30 Además de las tesis de diploma, se diseñaron ejercicios profesionales y proyectos, en correspondencia con los objetivos de la carrera y las características del contexto.

ejercicio, a estudiantes que por sus resultados académicos y científicos lo ameritaran, según las particularidades de carreras y estudiantes.

Han sido variadas las estrategias, según las condiciones de facultades y estudiantes. Algunos han optado por usar la vía del WhatsApp, bien a través del video *on line* como de mensajes y audios en tiempo real, para la discusión de los trabajos de diploma. Estos también han sido discutidos en las universidades de las provincias donde residen aquellos alumnos que no pudieron regresar a su institución de estudio³¹.

Las universidades que no pudieron abrir pasaron a la modalidad de estudio a distancia para culminar el curso 2019-2020 el 20 de diciembre de 2020 y es propuesta oficial que el 1ro. de febrero de 2021 se inicie el nuevo curso escolar, con la particularidad que sea por año fiscal. Esta decisión ha sido tomada por el MES, de ahí que inicia y termina el próximo curso en el 2021.

Para la culminación de las asignaturas pendientes se concibieron varios ajustes curriculares, para las dos modalidades de estudio (CRD y CPE). Entre ellos están:

- Cierre efectivo de las asignaturas (si se impartieron los contenidos esenciales los estudiantes culminan con las evaluaciones alcanzadas hasta el momento del cierre de las actividades presenciales).
- Continuación y culminación de las asignaturas (a partir de guías metodológicas y presentaciones se explican los

31 Recuérdese que muchos alumnos residen en provincias diferentes a las de sus universidades, a las cuales debieron regresar con el cierre de las residencias estudiantiles durante la pandemia. Por ejemplo, la facultad de Química de la Universidad de la Habana permitió que tres alumnos defendieran sus tesis en la Universidad de Matanzas, que canalizó informes de tutores y oponentes durante el ejercicio.

contenidos esenciales y sugerencias para la preparación del estudiante).

- Transferir asignaturas y/o contenidos al próximo curso.

La comunicación con los estudiantes se ha establecido a través de las siguientes vías:

- Correo institucional.
- Formas *on line*, pero solo cuando los estudiantes y profesores así lo quieran. No se puede exigir que se dispongan de datos, WhatsApp y otros recursos que supongan altos costos y no están al alcance de todos.
- Repositorio con toda la información por asignaturas en los departamentos de las universidades para que pueda ser recogida personalmente.

Como todas las actividades docentes se han planificado en modalidad a distancia, se ha exigido que se haga un levantamiento por grupos de estudiantes respecto a los medios con que cuentan para la comunicación *on line* y para el trabajo con documentos en formato digital. Los casos críticos deben conocerse para trazar estrategias individuales con ellos.

La educación a distancia tiene características particulares, diferentes a la enseñanza presencial o semipresencial. Por ello se ha exhortado a cambiar modelos mentales y favorecer el autoaprendizaje del estudiante. Los docentes se han esforzado por ofrecer todos los niveles de ayuda posible, en términos de orientaciones precisas, guías de estudio, materiales docentes, bibliografía, *Power Point*, audios, videos, consultas. En este empeño se ha previsto la actua-

lización de la plataforma EVEA en cada universidad, partiendo de que es un sitio de navegación nacional.

Modificaciones en la organización escolar

Al retomarse la modalidad presencial de la educación general se incorporaron variaciones en las dinámicas organizativas de las instituciones, en cuanto a horarios, espacios y medidas sanitarias.

El calendario escolar en sus inicios se concibió para ocho semanas, de la siguiente forma:

- Entre tres y cuatro semanas de consolidación.
- Tres semanas para evaluaciones que incluyen las revalorizaciones y extraordinarios.
- Proceso de continuidad de estudios (novenno grado).
- Actos de graduación.
- Matrícula.

Los estudiantes de la enseñanza artística³² y deportiva (de primaria a preuniversitario) continuaron sus actividades docentes igual a los de esas enseñanzas en el MINED.

Para La Habana se estableció el 2 de noviembre para la reapertura de las instituciones y el calendario se redujo a cinco semanas.

32 Las asignaturas de la especialidad utilizaron cuatro semanas para sistematizar los contenidos teóricos y prácticos, recuperar la forma física y trabajar en el entrenamiento técnico de los estudiantes. Durante las semanas cinco, seis y siete los estudiantes realizarán pruebas finales en las asignaturas esenciales de la especialidad. El resto será evaluado con seminarios integradores, trabajos prácticos y los resultados de las evaluaciones sistemáticas.

Horario

Las escuelas han tenido autonomía para cambiar su organización de acuerdo con sus condiciones y las características del entorno. Pero en todas ellas se estableció que los estudiantes alternaran las sesiones de trabajo, recesos y meriendas escalonadas por grados, eliminación de matutinos y actividades colectivas. Todo ello con la intención de evitar las aglomeraciones.

El horario ha sido diferente según la fase del proceso: culminación del curso 2019-2020 o inicio del curso 2020-2021. En el paso de la primera fase a la segunda se reducen los días presenciales en las instituciones.

El nuevo curso 2020-2021 se inició en la mayoría de las provincias el 2 de noviembre. Sin embargo, ese mismo día, marcó la primera fase para La Habana: la de culminación del curso anterior.

Distribución de espacios

Una de las medidas para evitar el contagio con la enfermedad es el distanciamiento físico. De ahí que la distribución de espacios fue una condición esencial para una reapertura adecuada. Los esfuerzos se centraron en el acomodo de las instituciones para evitar el hacinamiento en las aulas, a través de la reorganización de espacios y recuperación de aulas que no se usaban. La intención ha sido disminuir la cantidad de alumnos por aula.

Nuevas rutinas sanitarias

Las instituciones escolares siempre han necesitado una certificación sobre las condiciones higiénico-sanitarias, otorgada por el MINSAP. Pero en las nuevas circunstancias esta se redimensio-

na. De ahí que la reapertura supuso una inversión adicional por cumplir con todos los indicadores establecidos.

Los esfuerzos principales se han concentrado en la instalación de lavamanos, tazas sanitarias, tanques, para que se disponga de las condiciones requeridas, con el agua potable. A su vez se han instaurado como medidas sanitarias obligatorias:

- Realizar el pesquisaje diario y no permitir la entrada al centro de alumnos y trabajadores con afecciones respiratorias.
- Impedir el acceso de personal ajeno al mismo.
- El uso del nasobuco de alumnos y trabajadores, incluyendo los círculos infantiles.
- El lavado de las manos y uso de hipoclorito.
- Los pasos podálicos, la desinfección de mesas, computadoras, televisores, mandos, juguetes y otros medios de enseñanza, así como los pasamanos de escaleras y picaportes.
- El autofocal diario para evitar la proliferación de otras enfermedades de transmisión.
- Los centros que prestan servicio de comedor deben mantener la higiene, evitar la aglomeración, y asegurar el agua para el lavado de las manos y para el consumo.

Posibilidades para contrarrestar las circunstancias de pandemia

A siete meses de convivir con la pandemia y, en consecuencia, de la estrategia educativa cubana desplegada, es posible recapitular y reflexionar sobre la capacidad de adaptación de la misma. Pero

también pensar aquellas fortalezas y retos pendientes del sistema educativo que se han hecho evidentes en estas circunstancias.

En el orden de las fortalezas se destaca la calidad humana del profesorado en todos los niveles, del sentido de su responsabilidad social. En la enseñanza general los docentes no han delegado totalmente sus funciones a las clases televisivas, sino que han tratado de mantener la comunicación sistemática con sus alumnos y sus familias.

Sarduy y Jiménez (2020) registraron las múltiples vías de comunicación que se han establecido. Destacan fundamentalmente la vía telefónica fija y móvil con vistas al acompañamiento en las tareas y ejercicios indicados en las teleclases, así como en las evaluaciones finales. En el caso del móvil, cobra una importancia mayor, pues supone un alto costo individual. Su uso se concentra en la aplicación del WhatsApp, donde además de lo anterior se enviaron clases, aclararon dudas y se mantuvo una comunicación con las familias. Esto último, sobre todo en la educación primaria, donde los usuarios de la aplicación han sido los padres y no los alumnos. Algunos maestros refieren visitar las casas de algunos estudiantes.

Otro elemento a destacar es el apoyo profesional y económico al docente. En el primer sentido y, para la enseñanza general, dentro de las teleclases se incluyeron programas de superación docente y se mantuvieron las preparaciones metodológicas habituales previo el inicio del curso escolar. A su vez, se mantuvo el salario de todos los docentes de ambas enseñanzas (general y universitaria).

La alternativa cubana de utilizar teleclases permitió garantizar a la gran mayoría la continuidad de estudios, pues su acceso es gratuito y masivo. En este tema Sarduy y Jiménez (2020) también señalan la percepción favorable de algunos docentes de primaria, para quienes las teleclases son eficientes y dinámicas

gracias a la utilización de medios audiovisuales. Reconocen la alta preparación profesional de los docentes que las imparten, generalmente metodólogos nacionales de asignaturas, y la calidad de ejercicios y actividades propuestas. A su vez, identifican correspondencia con el currículo previsto. Estas bondades, referidas por los propios maestros, sirven para percatarnos de que ellos igualmente han constituido una audiencia importante de las mismas, lo que tributa a su superación y perfeccionamiento profesional.

A pesar de dichos reconocimientos, este personal también identificó elementos nocivos de las teleclases. Desde su valoración como producto audiovisual didáctico refieren: inclusión de mucho contenido en una misma sesión, que las diapositivas pasan muy rápido, sin tiempo para copiar, ni para hacer los ejercicios. Del lado de las condiciones en la familia señalan: carencia de recursos materiales que dificultan que los niños puedan verlas, copiarlas, grabarlas o fotografiarlas; insuficiente acompañamiento adulto, bien por ausencia física como por falta de conocimientos para apoyar en la tarea docente; desmotivación de alumnos y familias para verlas y la incertidumbre sobre el efecto futuro del confinamiento sobre los aprendizajes de los alumnos.

De algún modo en esto influyó que no eran las clases tradicionales transmitidas por la televisión, ni tampoco clases que cumplieran los requisitos del medio empleado. Da la impresión que dieron por sentado el acompañamiento de la familia, cuando no todas tienen las mismas condiciones para hacerlo.

Todas estas valoraciones constituyen un preámbulo importante para pensar algunos de los retos que debe considerar el sistema educativo cubano ante la estrategia diseñada y sus efectos a largo plazo. En este sentido destacan: la brecha digital o tecnológica,

condiciones y disposiciones familiares desiguales y la obsolescencia en la producción de productos audiovisuales y de recursos digitales para la enseñanza.

Incremento de la brecha digital o tecnológica

En muchos países el paso de una enseñanza presencial a virtual ha supuesto un aumento de las desigualdades educativas, pues no todas las familias cuentan con los dispositivos electrónicos y la conexión a Internet necesarias para ello. Pero en Cuba ese efecto se ha visto neutralizado por el uso de la televisión, medio en manos del Estado y asequible a la gran mayoría. Así mismo se cuenta con el portal digital CubaEduca, que permite la descarga gratuita de sus contenidos, incluidas las teleclases.

A pesar de lo anterior, en nuestra realidad también se expresa el fenómeno de brecha digital y pudiéramos decir hasta televisiva. En este último sentido, aunque no fue una tendencia generalizada, algunas regiones y hogares no podían acceder a las teleclases. En Cuba coexiste la televisión analógica y digital, para la cual se precisa un aparato decodificador digital que no todos los hogares poseen. En la televisión analógica la señal del Canal Educativo es más débil que el resto de los canales. De ahí que se hable de zonas de silencio que aún existen en Cuba, donde no se pudieron visualizar dichas teleclases.

En cuanto a la brecha digital, es evidente que no todos los sujetos cuentan con dispositivos electrónicos o acceso a Internet, lo que condiciona de manera diferente sus procesos de aprendizajes. Por ejemplo, aunque la interacción con el portal CubaEduca no consume datos móviles, ni conexión a Internet, sí necesita como requerimiento técnico algún dispositivo electrónico. Estos pueden ser computadoras, Tablet o teléfonos inteligentes (3G o 4G) con capacidad para conectarse a Internet, equipamiento que no tiene toda la población.

Otra cuestión es el acceso desigual a Internet y la posibilidad de contar con otras fuentes de información, bien para la realización de las tareas escolares por parte de los alumnos o para la preparación de las clases para los docentes. De ahí que ambos actores de la comunidad educativa sufran los efectos de un acceso desigual a las tecnologías digitales.

A propósito de este fenómeno Fernández (2020) ha señalado tres brechas, que se han hecho más evidentes dada la inmediatez de los sistemas educativos nacionales para adaptarse a la pandemia. Estas son:

- De acceso, relacionada con tener o no tener dispositivos electrónicos y/o a conexión a Internet.
- De uso, vinculada con el tiempo de uso y la calidad de este, porque habrá hogares que sí cuentan con dispositivos, pero se comparten entre los miembros de la familia.
- De competencias, relacionada con las capacidades digitales de profesores y estudiantes para utilizar adecuadamente las plataformas digitales con fines educativos, pero también para producir nuevos contenidos.

Las brechas anteriores también son válidas para el contexto cubano

Condiciones y disposiciones familiares desiguales

Las familias cubanas se enfrentaron al cierre escolar con desiguales condiciones de vida, recursos electrónicos y capacidades formativas para el acompañamiento y la ayuda en las tareas escolares.

La atención a las teleclases demanda un espacio físico con buena iluminación, con capacidad para sentarse frente al televisor y poder apoyar la libreta y los libros. También un entorno con el

menor ruido posible y sin interrupciones de personas. Todo ello con la intención de garantizar la concentración del alumno.

El equipamiento de la vivienda también es relevante, con un televisor en buen estado, disponible para que se pueda visualizar la clase en el horario establecido. A su vez los aparatos digitales permiten acceder a los recursos didácticos disponibles en la plataforma Cubaeduca, incluidas las orientaciones a la familia.

El acompañamiento de la familia mientras se visualiza la clase y su ayuda en las tareas escolares adquiere una importancia crucial en estas circunstancias. Aquellos alumnos que cuenten con familiares con disposición y niveles de instrucción elevados tienen mayores posibilidades de un desempeño adecuado. No es solo una cuestión de implicación familiar, es también un problema de capacidad de influencia, de motivación y de expectativas. A ello se agrega la falta de tiempo, bien porque deben seguir trabajando (fuera del hogar o por teletrabajo) o por la búsqueda de alimentos y de otros suministros. Este último factor se incrementa en un contexto de escasez inédito.

Así es evidente que no todas las familias cubanas pueden garantizar por igual las condiciones mínimas para un proceso de aprendizaje efectivo. Estos y otros factores pudieran ensombrecer los resultados de la estrategia educativa asumida en Cuba en tiempos de pandemia. Por ello es preciso considerar determinadas acciones y condiciones atenuantes.

Obsolescencia en la producción de productos audiovisuales y de recursos digitales para la enseñanza

La producción audiovisual de teleclases en Cuba se hace en un contexto con limitaciones de recursos, por lo que no siempre se

cuenta con locaciones, equipos de audio y de edición, entre otros instrumentos para garantizar una realización moderna y de calidad. Además, la mayoría de las teleclases son en vivo, lo que dificulta la corrección de algún problema a través de la edición posterior del programa, así como la inserción de algunos recursos musicales o de otro tipo que las hagan más dinámicas.

A pesar de que los profesores involucrados tienen una alta preparación en la materia que imparten, generalmente son metodólogos de asignaturas, en ocasiones no saben comunicar y reproducen la clase tradicional. Esto atenta contra la atención y la motivación del alumnado, se podría trabajar sobre el lenguaje que se utiliza, acorde a la edad del escolar; por ejemplo, evitar usar códigos muy infantiles cuando el receptor es un adolescente.

Se reconoce que hay mucho por hacer para cambiar los modos de relacionarse con el saber que propone la cultura digital. Actualmente en muchos países se están usando los instrumentos que dan acceso a esa cultura, pero no se sabe aún cómo explorarla. Esto marca un desafío para la formación y capacitación docente (Tiramonti, 2020).

Para Feito (2020) las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), aunque permiten el cambio, no alteran por sí solas las relaciones de poder dentro del aula ni las maneras de enseñar y de aprender. De hecho, las TIC podrían contribuir a estancar al estudiantado, acostumbrarlo a no traspasar la respuesta correcta. Una pizarra digital podría permitir relegar la clase a una sucesión de videos desconectados de las inquietudes del alumnado. Para el autor sería una enseñanza más entretenida, pero no más interesante.

A juicio de Tarabini (2020) los entornos presenciales y virtuales son menos dicotómicos de lo que a menudo se piensa. Ni estar físicamente en la escuela supone automáticamente escucha,

atención y colaboración, ni estar en el mundo virtual significa individualización o aislamiento social.

Estos y otros factores pudieran ensombrecer los resultados de la estrategia educativa asumida en Cuba en tiempos de pandemia.

Condiciones necesarias para el éxito de la estrategia

Este artículo, además de exponer la estrategia educativa cubana ante la pandemia, favorece su comprensión y lectura desde las claves para su perfeccionamiento. En este acápite se invita a reflexionar sobre condiciones para su puesta en práctica exitosa, así como para la contención de aquellos efectos nocivos que pueda acarrear en el mediano y largo plazo. De ahí que sea preciso:

- Reconocer que la pandemia y el confinamiento obligado no afecta por igual a todos los territorios y familias del país.
- Realizar diagnósticos reales para la identificación de los contextos más desfavorecidos y propiciar políticas de cuidado y de compensación.
- Lograr una participación genuina de la familia en la organización y gestión de las instituciones educativas. Existe también un interés indiscutible de las familias cubanas por la educación de sus hijos, que podría ser canalizado hacia el desarrollo institucional, siempre y cuando se elimine el tratamiento instrumental al que ha estado sometida (Rivero, 2014).
- Aprovechar el legado pedagógico cubano, desde los primeros pedagogos, que aún conserva vigencia. Este, infortunadamente, no siempre se ha conservado, sobre todo en lo referente al rol docente y sus posibilidades para incentivar la creatividad y autonomía de su alumnado. Si estas fuentes de

nuestro pensamiento autóctono son recuperadas y puestas en práctica en la formación docente, se incrementan las posibilidades del docente como verdadero gestor del conocimiento y articulador de participación auténtica (Rivero, 2014).

- Mantener la flexibilidad suficiente para seguir redefiniendo la culminación del curso 2019-2020 y el inicio del 2020-2021 según las circunstancias actuales del país y de las familias. Todo ello con ajustes curriculares y con objetivos educativos realizables, sin importar el tiempo que ocupe.
- Tal como sugiere Rogero-García (2020), no debe responsabilizarse al alumnado de lo que aprende, ni del ritmo al que lo hace. Tampoco es prudente llenarlo de numerosas tareas escolares. Se debe seguir priorizando la consolidación de lo aprendido en detrimento de contenidos nuevos.
- Se podrían centrar los aprendizajes en otros aspectos como son: redactar con coherencia, hacer lecturas o experimentos poco comunes en la escuela o destrezas artísticas (Feito, 2020).
- Las nuevas circunstancias pudieran aprovecharse para promover aprendizajes significativos sobre otras cuestiones de la vida cotidiana, entre ellas: la propia enfermedad, la sociedad, la ciudadanía, los cuidados, los dispositivos digitales, entre otros. Esto es, priorizar competencias y valores que se han revelado prioritarios en la actual coyuntura, como pueden ser: solidaridad, aprendizaje autónomo, cuidado propio y de otros, competencias socioemocionales, salud y resiliencia. Lo importante es que la sensación de pérdida curricular puede neutralizarse con nuevas formas de aprender y crecerse como persona (CEPAL-UNESCO, 2020).

- Enseñar a manejar la incertidumbre. Tal como se ha hecho, diseñar y presentar diferentes escenarios de fecha de retorno, de vuelta escalonada a las aulas o de nuevas fases de cuarentena según el ritmo de la pandemia. En correspondencia, seguir adecuando los recursos, las metodologías y los calendarios escolares, para que todo el alumnado pueda seguir aprendiendo.
- Mantener acciones de orientación familiar referidas no solo al apoyo escolar, sino también al emocional, brindándole herramientas de diagnósticos y de manejo de los estados emocionales de sus hijos.

Estas y otras cuestiones pudieran pensarse para que el sistema educativo cubano siga garantizando que todos los niños continúen aprendiendo y enriqueciéndose en las actuales circunstancias. Sin dejar que la incertidumbre y los cambios futuros inmovilicen a maestros, alumnos y familias.

Conclusiones

Ante la situación de pandemia y el desafío de continuar los procesos educativos en todo el sistema, Cuba ha trazado una estrategia centrada en defender el acceso a todos por igual y mantener los indicadores alcanzados. Esta, si bien garantizó un acceso mayoritario de la población con el uso de la televisión, no eliminó las posibles fuentes de desigualdad. En el caso cubano dichas diferencias se asientan más en los capitales culturales de las familias, pues no todas tienen las competencias necesarias para el acompañamiento escolar. El efecto del capital económico en nuestro contexto se vincula más a las condiciones de vida de las familias y a la posibilidad o no de brindar un entorno tranquilo, con buena iluminación y espacio para que los alumnos atiendan las teleclases.

La tenencia de bienes digitales y el acceso a Internet, si bien favorece el proceso, no lo determina. De ahí que este elemento, en la enseñanza general, no tiene gran peso. A partir de las teleclases fue posible la continuidad de estudios y estas no suponen un costo adicional para las familias.

Por el contrario, en la enseñanza universitaria el acceso a las redes ha sido más determinante, sobre todo durante la culminación del curso 2019-2020. Alumnos y docentes han mantenido su comunicación fundamentalmente a través de grupos de WhatsApp, pues no todas las instituciones tienen EVEA eficientes y con acceso gratuito, fuera del campus universitario. Aunque se ha sido muy celoso en no dejar ningún alumno atrás y recurrir a múltiples variantes para evitar dichas desigualdades, realmente el acceso o no a Internet ha sido un factor de diferenciación.

El análisis de la trayectoria educativa, descrita en este artículo a propósito de la pandemia, permite pensar un futuro mejor para nuestro sistema educativo. Se podrán incluir algunas de las nuevas alternativas y reconsiderar un papel más activo para las familias. Serían oportunas las recomendaciones de Muñoz y Lluch (2020) sobre un profesorado con actitudes abiertas y flexibles frente a las tareas escolares, que integren la realidad del entorno y delimiten un apropiado marco de interacción con las familias. Se trata de instituciones que se acompañen mutuamente y no de exigir lo imposible a familias, profesorado o centros escolares.

Los desafíos a los que se enfrentó, y aún se enfrenta el sistema educativo cubano, demandan nuevas prácticas. Para Artopoulos, Huarte y Rivoir (2020) el “nuevo normal” de la pospandemia supone una escuela con distanciamiento social, que combine escasas clases presenciales con actividades sincrónicas y asincrónicas en línea. Esto último, en nuestro contexto se sustituye por actividades docentes

televisivas para que sea más masivo su acceso. El autor también reclama una infraestructura pública de plataformas virtuales de aprendizaje, capacitación docente en acciones pedagógicas multimodales y asegurar condiciones para aprendizajes significativos.

En resumen, tal como apunta CEPAL-UNESCO (2020), los retos que la actual pandemia de COVID-19 plantea a los sistemas educativos nacionales deben abordarse articuladamente. Es necesario considerar las lecciones sobre lo que es realmente prioritario para la vida en comunidad y entender que la crisis devino oportunidad para incrementar la capacidad de recuperación de estos sistemas y lograr que sean equitativos e inclusivos.

Referencias bibliográficas

- Artopoulos, A., Huarte, J. y Rivoir, A. (2020). Plataformas de simulación y aprendizaje. *Revista Propuesta Educativa*, 29(53), pp. 25-44.
- CEPAL-UNESCO (2020). La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19>.
- Colectivo de autores psicogrupos en WhatsApp (2020). El ejercicio de la orientación psicológica en WhatsApp. La narrativa de una experiencia de intervención durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Alternativas Cubanas en Psicología* 8(24). Recuperado de <http://www.alfepsi.org/revista-alternativas-cubanas-en-psicologia-vol8-n24/>
- Feito, R. (2020). Este es el fin de la escuela tal y como la conocemos. Unas reflexiones en tiempo de confinamiento. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13(2) Especial, COVID-19, pp. 156-163. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.13.2.17130>.
- Fernández, M. (2020). *Una pandemia imprevisible ha traído la brecha previsible*. Recuperado de [https:// bit.ly/2VT3kzU](https://bit.ly/2VT3kzU).
- García, V., Hernández, C. y Hernández, F. J. (2020). La escuela o el vacío completo. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13 (2) Especial, COVID-19, pp.183-192. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.13.2.17124>.
- Muñoz, J. L. y Lluch, L. (2020). Educación y COVID-19: Colaboración de las familias y tareas escolares. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3). Recuperado de <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12182>
- Puebla, Y. (2014). *Características del nuevo ingreso a la educación superior en Cuba. Apuntes para su historia*. (Congreso Universidad). Recuperado de <http://revista.congresouniversidad.cu/index.php/rcu/article/view/552>
- Rivero, Y. (2014). *El complejo ejercicio de participación educativa. Acercamiento desde la realidad cubana* (tesis de doctorado). La

Habana: Universidad de La Habana.

Rogero-García, J. (2020). La ficción de educar a distancia. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13(2) Especial, COVID-19, pp. 174-182. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.13.2.17126>.

Sarduy, Y. y Jiménez, A. (2020). *Enseñar a distancia en tiempos de pandemia. Experiencias y criterios de los docentes primarios cubanos* (artículo inédito en proceso de edición).

Tarabini, A. (2020). ¿Para qué sirve la escuela? Reflexiones sociológicas en tiempos de pandemia global. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13(2) Especial, COVID-19, pp. 145-155. Recuperado de <https://doi.org/10.7203/RASE.13.2.17135>.

Tiramonti, G. (2020). Editorial *Revista Propuesta Educativa* 29(53), pp. 3-4.

UNESCO (2020). *COVID-19 Impact on Education*. Recuperado de <https://bit.ly/2yJW4yy>

Ruta del sistema educativo dominicano durante la pandemia de la COVID-19

María Cantisano Rojas

Educadora, socióloga y trabajadora social feminista, para quien la escuela es un espacio de construcción de la democracia, la justicia social y la soberanía plena.

“La relación pedagógica no puede quedar limitada a las relaciones específicamente “escolares” mediante las cuales nuevas generaciones entran en contacto con las anteriores, de las que extraen experiencias y valores históricos superiores. Estas relaciones existen en todo el complejo social, en los individuos entre sí, entre intelectuales y no intelectuales, gobernantes y gobernados, núcleos selectos y sus seguidores, dirigentes y dirigidos, entre vanguardias y cuerpos del ejército. Toda relación de hegemonía contiene una relación pedagógica”.

Antonio Gramsci

Introducción

Muchos y múltiples son los aprendizajes que resultan de los impactos, efectos, y desaciertos provocados por la pandemia de la COVID-19 en República Dominicana, así como también a partir del comportamiento social-comunitario de la mayoría de la población.

La vida de los casi diez millones de habitantes de la República Dominicana empezó a cambiar a partir del 19 de marzo de 2020 cuando, luego de conocer la situación de propagación que ya se advertía y vivía por la pandemia, el Congreso Nacional de la República Dominicana aceptó la solicitud del Ejecutivo de declarar el país en

estado de emergencia y confinamiento casi total. Uno de los sectores sociales significativamente más afectados fue el de educación.

El sistema educativo dominicano, en los niveles primario, secundario y terciario, está llamado a favorecer la formación humana integral de seres humanos, con autonomía y libertad, activamente presentes en los diferentes momentos de participación social económica y política del país. Sin embargo, en la práctica, con pandemia o sin ella, no sucede de esta manera.

El diseño y la gestión curricular de las instituciones educativas han sido significativamente trastornadas desde antes de la pandemia y esta crisis ha puesto aún más al descubierto cuánto y cómo la escuela, segundo espacio de socialización, mediatiza la reproducción y profundización de las brechas de las desigualdades e inequidades sociales, económicas y de género.

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Ministerio de Educación (MINERD), 2 736 697 estudiantes de los sectores público, semioficial y privado no volvieron a los centros educativos, de ellos, el 45% corresponden al nivel primario, el 34% al secundario, el 12% al inicial y el 9% son jóvenes y personas adultas (MINERD 2020). Tampoco se incorporaron a sus centros 98 000 docentes. De igual manera, según los datos del Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT), 562 667 estudiantes y 20 300 docentes aproximadamente tampoco volvieron a las aulas.

Al igual que en otros países de Latinoamérica y de la región del Caribe, la pandemia de la COVID-19 encuentra una República Dominicana desgarrada, viviendo momentos de profundas y complejas contradicciones sociales, económicas y políticas, cuyos indicadores económicos así lo traducen. Así mismo se observan crecientes índices de pobreza en las grandes mayorías de la

población dominicana, acompañada de una arraigada corrupción gubernamental y estatal, y de una resistente cultura de impunidad¹.

El estado de emergencia provocado por la pandemia de la COVID-19 desnudó aún más la crítica realidad cotidiana que vive la mayoría de la población dominicana en términos de discriminación, desigualdad, exclusión, inequidad, y que se traduce, entre otros aspectos, en las elevadas tasas de desempleo², mortalidad infantil (ronda un 20,92 por cada 1 000 nacidos vivos), mortalidad materna (de 95 por cada 100 000 habitantes), feminicidios (República Dominicana ocupa el cuarto país en el continente con mayor tasa de feminicidios —1,8— por cada 100 000 habitantes); así como la precaria y casi ausencia de servicios sanitarios, agua potable, energía eléctrica, por solo citar unas cuantas situaciones, acompañadas de promesas vacías, discursos populistas, mentiras, falsedades y engaños que explican los altos niveles de descontento, frustración y rebeldía en todo el territorio nacional, como resultado fundamentalmente de la aplicación de las políticas neoliberales.

En este estado de emergencia sanitaria, arropada de incertidumbres, miedos, ansiedades, la comunidad educativa estaba a la espera de las medidas educativas que las autoridades correspondientes estaban llamadas a tomar, toda vez que al año escolar solo le restaban cuatro meses para concluir. Es decir, se esperaban

1 El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2019 y el Índice de Desarrollo Humano Ajustado por la Desigualdad de 2019, establecieron que la distribución desigual de los niveles de educación, salud y vida obstaculizó el progreso de los países. IDH de República Dominicana: 0.745. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

2 La Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) reiteró que la presencia de la COVID-19 en el país ha tenido un fuerte impacto sobre el empleo en la República Dominicana, debido a que ha elevado el desempleo abierto de 5,7% a 9,5%, lo cual ha afectado significativamente el empleo formal. Recuperado de <https://www.uasd.edu.do/periodico/index.php/el-universitario/item/3802-facultad-de-economia-uasd-reitera-que-el-covid-19-ha-tenido-fuerte-impacto-sobre-el-empleo-en-el-pais>.

decisiones evidentemente relacionadas con la modalidad a implementar para la continuación del curso, los recursos didácticos disponibles, el acompañamiento docente con la formación y/o capacitación correspondiente, además de las múltiples preguntas que de ahí derivaban: ¿Enseñanza virtual y/o a distancia? ¿Cuenta el país con las condiciones tecnológicas y de conectividad requeridas? ¿Disponen las familias de espacio suficiente y adecuado en sus casas? ¿Quién o quiénes en la casa acompañarán el proceso de enseñanza-aprendizaje? ¿Está el personal docente capacitado para tal responsabilidad, así como las/los estudiantes, maestras, maestros, madres, padres, tutoras, tutores?, entre otras interrogantes.

En este texto hablamos de cómo el sector educativo, a nivel preuniversitario y público fundamentalmente, ha respondido a los efectos de la pandemia de la COVID-19, cuál ha sido la experiencia, los desafíos y qué le depara el futuro inmediato. El artículo se inicia con la presentación de aspectos centrales en el contexto socioeducativo en la República Dominicana, al momento de reconocer los inminentes efectos de la pandemia de la COVID-19; en un segundo momento quedarán expuestas las medidas adoptadas y aplicadas por las instancias y/o autoridades educativas responsables, así como el involucramiento de otros protagonistas de la comunidad educativa, con el propósito de contrarrestar lo que se avecinaba, para entonces pasar a una tercera y última parte, relacionada con la efectividad de las medidas adoptadas y desarrolladas en el país.

Contexto socioeducativo en la República Dominicana al momento de reconocer los inminentes efectos de la pandemia de la COVID-19

Afrontar los desafíos que, en medio de la pandemia de la COVID-19, la sociedad dominicana necesita atender, en particular

los del ámbito educativo, requiere señalar, previamente y de manera sucinta, aspectos de la realidad socioeconómica nacional, toda vez que son imprescindibles para alcanzar la educación integral, de calidad, inclusiva, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades que necesita, queremos y debemos construir.

La modalidad educativa prevista estaba llamada a considerar el contexto de pobreza general en el país, establecido en 21%³. Las familias que forman parte de la población vulnerable, que viven en entornos físicos y materiales precarios, que cuentan con un trabajo informal, también deben ser tomadas en consideración en relación con el acompañamiento esperado para sus hijas e hijos en la modalidad virtual⁴.

La declaratoria de emergencia estableció medidas socio-sanitarias y económicas para controlar y reducir la propagación del virus y atender la crítica realidad que se aproximaba, la cual amenaza con incrementar la pobreza y las desigualdades, golpeando con mayor fuerza a los pobres, especialmente a las mujeres, los niños y las

3 Véase <https://www.one.gob.do/sociales/pobreza-asistencia-social-y-condiciones-de-vida/pobreza>.

4 En los informes oficiales-gubernamentales se lee de manera reiterativa que, en el país, a pesar del crecimiento sostenido de la economía en los últimos años, así como la reducción del desempleo, los avances no se reflejan en una disminución sustancial de la informalidad laboral. Al contrario, el trabajo informal se mantiene desde mediados de 2014 hasta finales de 2018. Según las estadísticas del Banco Central, el sector agropecuario y la construcción son los sectores donde el peso relativo de la informalidad es mayor, seguidos por el transporte, el comercio, los hoteles, bares y restaurantes, y la categoría de otros servicios. Se puede destacar que los sectores con mayores niveles de informalidad son los que sostienen el grueso de la empleomanía nacional. Eso explica que, para el tercer trimestre de 2018, en el país existían 2,2 millones de trabajadores informales, que representaba el 58,2% del empleo total.

Al terminar el cuarto trimestre del año 2019, las cifras indican que el número de trabajadores informales en el país se ubicó en 2,58 millones de personas, buena parte de ellos en el comercio y otros servicios. Es decir, la informalidad total del mercado laboral representó un 54,8% de la población ocupada en el país, lo que significa que entre cinco y seis de cada 10 personas laboraban en condiciones informales en la República Dominicana (febrero de 2020).

niñas. Es decir, las preocupaciones respecto a perder el empleo, la falta de recursos para atender la alimentación y otras situaciones de salud previas a la COVID-19 crecían significativamente, además de la grave escasez de los servicios básicos de agua potable que afecta a una parte importante de la población.

Algunas de las medidas decretadas fueron: cierre de las fronteras por tierra, mar y aire; se llamó a toda la ciudadanía a respetar el confinamiento evitando cualquier desplazamiento innecesario; toque de queda en el horario de 5:00 p.m. hasta las 6:00 a.m., los siete días de la semana; programas de beneficios económicos laborales para los trabajadores formales e informales⁵; y la suspensión de la docencia en todos los niveles educativos.

Vale destacar la situación política de tipo electoral que se vivía en el país, justo al momento de la declaratoria de emergencia. Dos procesos electorales coincidieron: las elecciones municipales el 16 de marzo de 2020 y las elecciones presidenciales y legislativas que,

5 Los programas de beneficios económicos laborales para los trabajadores formales e informales son el “Fondo de Asistencia Solidaria al Empleado (FASE 1 y 2)” para los trabajadores formales y “Quédate en Casa” para los trabajadores informales y personas vulnerables. Estos programas consisten en lo siguiente:

- FASE 1: pago de un subsidio de entre RD\$5 000 y RD\$8 500 mensuales, nunca mayor del 70% del salario mínimo cotizante en la Tesorería de la Seguridad Social en el mes de febrero 2020 para empresas que hayan cerrado y/o suspendido a sus trabajadores, parcial o totalmente, siempre y cuando las empresas no se encuentren dentro del grupo de empresas excluidas y hayan depositado oportunamente ante el Ministerio de Trabajo, su formulario DGT3 de Planilla de Personal Fijo. A la vez exhorta a los empleadores a hacer un aporte voluntario (no obligatorio) a sus empleados. Estos pagos se realizarán mediante las cuentas de nómina de cada empleado y para aquellos que no tuvieran acceso a nómina electrónica se les abriría una cuenta en el Banco de Reservas.

- FASE 2: pago de un subsidio de RD\$5 000 mensuales para los trabajadores de las empresas que continúen laborando sin suspender contratos de trabajo durante este período.

- “Quédate en Casa” consiste en otorgar un subsidio a los trabajadores informales de RD\$5 000 mensuales, monto que sería pagado mediante la denominada Tarjeta Solidaridad. Recuperado de <https://rvhb.com/covid-19-es/medidas-implementadas-por-la-republica-dominicana-ante-la-pandemia-del-covid-19/>.

aunque pospuestas para el 5 de julio, estaban programadas para el 14 de mayo de ese año.

Las implicaciones de esta coincidencia fueron aprovechadas por los partidos políticos que, a partir de la crisis sanitaria, redireccionaron la campaña electoral intentando sacar provecho de la crisis y los efectos de la pandemia, a través de los ofrecimientos de recursos médicos paliativos, con el interés de lograr el posible triunfo electoral. Estas prácticas fueron cómplices de las inexactas medidas socio-sanitarias y socio-educativas que debían ser asumidas desde el Estado para el control de los contagios y/o la propagación del virus, por lo que se vivió una politización de la crisis.

En relación con el sector educativo fue determinante el cierre de los casi 6 000 centros educativos del país, siete meses después de haber iniciado el año escolar. Esta fue la opción única como un esfuerzo para controlar la propagación y el contagio del virus. La situación significó la salida de 2 736 697 estudiantes, de los cuales el 45% corresponde al nivel primario, el 34% al nivel secundario, el 12% al nivel inicial y el 9% comprende la educación de personas adultas (de los sectores público, privado y semioficial): De igual manera, salieron 93 296 docentes: 22 338 hombres y 70 958 mujeres⁶.

Debido a que el año escolar finalizaba en los siguientes cuatro meses, la suspensión de los centros educativos obligaba al MINERD a configurar una propuesta de continuidad, en tiempo y espacio. Así las aulas se trasladaron a las casas de familias. Se implementó la modalidad virtual con un horario definido.

Esto exigía contar con el diseño, planificación, ejecución y evaluación continua de un plan virtual, preciso y conciso, integral y mul-

6 Personal docente por sexo, 2019. Oficina Nacional de Estadísticas, República Dominicana.

tisectorial además de reconocer que configurar una propuesta de continuidad virtual iba más allá del desarrollo curricular. Era necesario contar con la logística tecnológica debida, cuantitativa y cualitativamente, como garantía para la culminación de un año escolar que ya se definía profundamente afectado por la crisis sanitaria.

Para esto se requieren dispositivos tecnológicos (tales como computadoras, laptops, tabletas y teléfonos inteligentes para ser distribuidos entre estudiantes y docentes), capacitación docente adecuada (para incorporar las tecnologías de la información a la experiencia pedagógica cotidiana), adaptación digital de los materiales didácticos que se utilizan de forma presencial en las diferentes asignaturas de los distintos niveles educativos, servidores con la capacidad suficiente para dar acceso simultáneo a estudiantes y docentes, y una política para el acceso a Internet con fines educativos para un número muy relevante de estudiantes del país.

De igual manera, es necesario considerar las implicaciones de llevar las aulas a las casas, en términos de conocer las condiciones físicas, económicas, tecnológicas de cada familia; el nivel educativo de las personas adultas (madres, padres, tutores) que acompañarán a los niños y adolescentes; la condición laboral de los adultos, que también se encuentran laborando en la modalidad de trabajo en casa o que tienen que salir a trabajar, dada su condición de empleados informales, lo cual significa producir en el día lo que también en el día se va a consumir.

Para superar la escuela de lápiz y papel

En relación con las condiciones tecnológicas y de conectividad es oportuno referirse al programa República Digital, un proyecto gubernamental creado mediante el Decreto 258-16, en el año 2016, que buscaba garantizar el acceso de dominicanas y dominicanos a las Tecnologías de la

Información y Comunicación, con el objetivo de reducir la brecha digital y brindar mejores servicios a la ciudadanía. El lema “Para superar la escuela de lápiz y papel” fue promocionado en una amplia campaña publicitaria y creó grandes expectativas en el país.

Este programa contempla cuatro ejes estratégicos fundamentales, dos de los cuales corresponden al ámbito educativo: Educación y Tecnología y Banda Ancha para Todos y Todas.

Las líneas de acción correspondientes al primer eje establecen: una computadora por estudiante y maestro; capacitación digital de docentes; formación en desarrollo de aplicaciones; alfabetización digital y bibliotecas virtuales.

Respecto al eje Banda Ancha para Todos y Todas quedó establecido la construcción de la red nacional de fibra óptica que comunique los distintos municipios del país, y la habilitación de acceso a Internet de banda ancha inalámbrico, gratis en los centros educativos públicos de todo el territorio nacional.

Sin embargo, al momento de declarar el estado de emergencia, el mismo Ministerio de Educación señaló que “solo 147 de casi 6 000 centros educativos del país estaban aplicando el programa República Digital⁷; solo unos 4 203 docentes estaban en el proceso de formación para el manejo de las tecnologías educativas; unos 3 000 profesores habían recibido igual número de laptops y 41 000 estudiantes de secundaria habían recibido igual número de estos dispositivos⁸”.

Así mismo, solo 21 307 estudiantes de primaria se servían de las tabletas en las aulas; 2 188 aulas contaban con pizarras digitales interactivas; 44 047 padres habían sido sensibilizados sobre el programa

7 Véase <https://republicadigital.gob.do/que-es-republica-digital/>.

8 Véase <https://www.elcaribe.com.do/panorama/pais/republica-digital-solo-ha-llegado-147-escuelas-rd/>.

y 333 289 estudiantes estaban involucrados en programas de ciencia, tecnología y robótica.

Respecto al eje Banda Ancha para Todos y Todas, en la Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR 2018) se afirma que solamente el 31,65% de los hogares tiene acceso a Internet desde el hogar, mientras que el 8,1% de los hogares posee acceso a una computadora de escritorio, el 16,47% a una computadora portátil y el 11,57% dispone de una tableta. Esto significa que solo 711 000 hogares disponían de acceso a Internet; de estos el 89% pertenecían a zonas urbanas y apenas el 11% eran de zonas rurales, cifras que dan cuenta de la dimensión de la brecha digital en el país, en detrimento de la población con menos oportunidades.

Tenencia de computadora y teléfono celular

La encuesta ENHOGAR-2018⁹ revela que el 13,7% de la población de 5 años y más posee al menos una computadora; mientras que el 70,7% cuenta con, al menos, un teléfono celular.

La proporción de personas con 5 años y más con computadora y celular de la zona urbana supera a la de la zona rural. Por estrato geográfico se puede apreciar que las diferencias son importantes, puesto que la proporción de personas que tiene computadora en la Ciudad de Santo Domingo es de 20%, mientras que la de las que residen en la zona rural es de apenas un 5,8%. En el caso de la tenencia de teléfono celular estas proporciones son de 75,8% y 62,2%, respectivamente. En cuanto al sexo de las personas no se observan diferencias considerativas en ninguno de estos dos indicadores.

En cuanto a los grupos de edades, el de 25 a 44 años representa la mayor proporción tanto en la tenencia de computadora como en la de teléfono celular: 16,2% y 91%, respectivamente. Finalmente, los

9 Véase <https://web.one.gob.do/media/gzdkwnnn/encuestanacionaldehogaresdeprop%C3%B3sitosm%C3%BAltiplesinformegeneral2018.pdf>

resultados indican que a medida que se incrementa tanto el nivel de instrucción de las personas, como el grupo socioeconómico familiar, aumenta la proporción de individuos de 5 años y más que posee computadora y teléfono celular.

ENHOGAR 2018 también revela que el 74,8% de la población accede a Internet desde algún medio y que el 70,7% de los dominicanos tienen un celular. De acuerdo con los datos del INDOTEL, el 73,6% no cuenta con un plan de datos contratado para el uso del dispositivo, por ello hacen uso de este a través de la compra de paquetes prepago de manera intermitente.

Datos de acceso a Internet fijo, móvil y por tv de suscripción

En relación con la disponibilidad de Internet fijo, la realidad es que, de los 158 municipios, 145 (92%) cuentan con, al menos, una empresa prestadora de servicio de Internet; 74 municipios cuentan con, al menos, dos empresas y 14 poseen cuatro o más de ellas.

Desde el punto de vista de la disponibilidad de Internet móvil a nivel nacional, de los 12 563 barrios que componen las zonas urbanas del país, 2 270 (18%) están a más de 5 kilómetros de una estación base de cualquiera de las empresas prestadoras de este servicio.

Si analizamos los 5 723 centros educativos, 5 036 (88%) están a una distancia igual o menor a 5 kilómetros, por lo que se puede proyectar que existe cobertura en prácticamente todo el país.

En la actualidad, de las 112 empresas autorizadas a prestar servicio de televisión por suscripción (Cableras), solo 19 están autorizadas a prestar el servicio de Internet (17%). Esto indica que las empresas no se han mostrado interesadas en masificar este servicio, a pesar de ser el de mayor demanda por la población.

Acceso de los hogares a televisión

La encuesta ENHOGAR 2018 revela que la tenencia de televisión, en las unidades familiares, es de amplia difusión en el territorio nacional (84,1% de la población), ya sea con modelos recientes (LCD/OLED) o antiguos (CRT).

Si bien hay una amplia accesibilidad de los hogares a televisores de ambas modalidades, existe un 15,9% que no tiene acceso a este medio de comunicación.

Programa de Alimentación Escolar

El cierre de los planteles escolares implicó el cierre del Programa de Alimentación Escolar, cuyo propósito primordial es garantizar la atención alimenticia y nutricional a toda la población de niños, adolescentes y jóvenes estudiantes del sistema educativo de la República Dominicana. El Programa de Alimentación Escolar de Calidad suple aproximadamente el 70% de los requerimientos nutricionales diarios.

El Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE) precisa que este programa tiene como misión “contribuir con el ingreso, permanencia, continuación y rendimiento escolar a través del mejoramiento de las condiciones nutricionales de los niños, adolescentes y jóvenes del sistema educativo público, mediante el suministro de una balanceada y apropiada ingesta alimentaria, acorde con las características socio-culturales y económicas de su entorno, con la participación consciente y responsable de los docentes, las familias y la comunidad educativa¹⁰.”

10 Véase <http://inabie.gob.do/index.php/servicios/servicio-de-alimentacion-escolar-pae>.

Hasta el 19 de marzo de 2020, de acuerdo con la descripción del INABIE, a través del Programa de Alimentación Escolar (PAE), diariamente se distribuían más de 4,4 millones de raciones alimenticias a los/las estudiantes del sector público, divididas de la siguiente manera: un 25% en el desayuno escolar, un 40% en el almuerzo y un 5% en la merienda. Según el Ejecutivo y el MINERD esto representaba “una mejoría significativa en sus condiciones de vida y un ahorro sustancial para los bolsillos de las familias dominicanas de menores ingresos”¹¹.

Infraestructura de los centros educativos

Si bien el plan estratégico para el logro de instalaciones escolares seguras, inclusivas y sostenibles en el 2020 había alcanzado el 49% de las metas de construcción de aulas¹², un estudio del Observatorio Educativo de la Asociación Dominicana de Profesores (ADP) reveló fallas en infraestructuras básicas de los baños, los cuales se encontraron deficientes en un 34% de los casos y en 5% de la muestra no estaba disponible; en el 57% de los baños de las escuelas públicas evaluadas había una falta recurrente de productos de higiene personal (jabón y papel) y solo el 23% recibía agua corriente diariamente. En una importante proporción de estos centros educativos nunca o casi nunca había agua en las llaves de los baños, la cocina y el área de limpieza. En promedio, las escuelas de la muestra pasaron 2,3 días por semana sin agua corriente y cerca de un 14% de sus horas lectivas sin electricidad al inicio del año escolar. Además, un 67% de las escuelas carecían de espacios adecuados para el desayuno y el almuerzo escolar.

11 <http://inabie.gob.do/index.php/new/207-programa-de-alimentacion-escolar-aporta-el-70-de-los-nutrientes-diarios-que-requieren-los-estudiantes>.

12 Foro socioeducativo (2019). Boletín No. 21. Santo Domingo..

En relación con otros espacios de aprendizaje, el estudio evidenció que el 43% de los centros educativos no tenía biblioteca; el 66% de las escuelas carecían de laboratorio de cómputos; mientras que el 84% de los centros no poseían laboratorio de ciencias y un 28% estaban desprovistos de cancha deportiva.

Respecto a los recursos para el aprendizaje, al finalizar la primera semana de marzo de 2020, menos del 2% de los estudiantes había recibido todos sus libros, actualizados con el contenido del nuevo currículo.

Momentos de decisión

La ausencia de institucionalidad en materia de políticas educativas y la inesperada situación que se presentaba, además del desconocimiento e impacto de la pandemia de la COVID-19, son aspectos que explicarían las indefiniciones y retrasos en la toma de decisiones, ante la imperiosa necesidad de continuación del año escolar 2019-2020 e inicio del siguiente año 2020-2021.

Continuación del año escolar 2019-2020

Una vez declarado el estado de emergencia, las autoridades del Ministerio de Educación (MINERD) presentaron el “Plan de apoyo educativo”, a través del cual informaron la extensión del calendario escolar para poder concluir y recuperar la planificación curricular correspondiente, aunque no precisaron el tiempo de extensión hasta tanto concluyera el período de aislamiento social definido. Para el MINERD significó un gran logro que el 18 de marzo se había impartido el 70% del contenido curricular.

De igual manera, ofrecieron los detalles de la modalidad no presencial, presentando la plataforma educativa que se iba a utilizar.

En tal sentido, señalaron los detalles de la habilitación de varias plataformas virtuales, tales como linea.minerd.gob.do, educando.edu.do o iq.edu.do, además de la aplicación móvil ILLICH.

Aunque las autoridades reconocieron la realidad de los precarios recursos tecnológicos de los estudiantes, se exhortó a las familias a buscar una solución a este reto. En palabras del ministro Pena Mirabal: “El MINERD no puede costearle el Internet a cada estudiante. Cada familia debe buscar esa solución, y en los puntos públicos donde hay wifi se pueden acercar, guardando la distancia que se ha concebido por la Organización Mundial de la Salud (...) Educación dispone las herramientas tecnológicas y plataformas digitales, mientras que las familias deben garantizar el acceso a las mismas”.¹³

Por otra parte, el plan preveía la elaboración y uso de cápsulas educativas a través de emisoras de radio y canales de televisión para que las orientaciones, los recursos y las actividades llegaran a todos los estudiantes, además de que los alumnos recibirían material educativo impreso, distribuidos en sus respectivos centros escolares.

Sin embargo, mediante Resolución No. 03-2020¹⁴, fechada el 20 de mayo de 2020, el MINERD declaró la culminación del año escolar a partir de la fecha suscrita y el reinicio del próximo año escolar 2020-2021, a partir del 24 de agosto de 2020, siempre que las condiciones de salud lo permitieran.

En la misma resolución se estableció la promoción, en todos los niveles y modalidades, de los/las estudiantes que hubieran alcanzado el mínimo requerido o más en su nivel educativo, en el promedio de sus calificaciones, a finales del año en curso. De ser

13 Véase <https://listindiario.com/la-republica/2020/03/19/609341/educacion-se-extendera-calendario-escolar-por-suspension-de-docencia>.

14 Véase <http://www.ministeriodeeducacion.gob.do/transparencia/base-legal-de-la-institucion/resoluciones/2019/listados>.

necesario, al reiniciar la docencia 2020-2021 participarían en el Plan de Reforzamiento y Nivelación Escolar por áreas del conocimiento, un proceso de reforzamiento académico, evaluación y posterior promoción condicionada. Las calificaciones para pasar de cursos se tomarían sobre la base de promedios acumulados hasta el 12 de marzo y las clases recibidas durante el confinamiento no serían tomadas en cuenta.

Así quedó señalada la implementación de un protocolo de seguridad sanitaria para cada centro educativo, siguiendo las recomendaciones técnicas del Ministerio de Salud Pública, que sería conocido e implementado por toda la comunidad educativa.

Camino al inicio del año escolar 2020-2021

Luego de conocer los resultados de las elecciones presidenciales, que determinaron un cambio de gobierno, la toma de la decisión final sobre la modalidad en que se impartiría la docencia en el próximo año escolar pasó a ser responsabilidad de las nuevas autoridades.

Los nuevos directivos del MINERD presentaron el plan escolar 2020-2021, el 24 de octubre. Bajo el lema “Educación para todos preservando la salud”, el documento oficial dejaba establecido el conjunto de acciones posibles a desarrollar durante el año escolar, profundamente afectado por la pandemia de la COVID-19.

Las acciones listadas y definidas parten de la descripción de la problemática para continuar con la priorización de tareas, alianzas y convenios con sectores nacionales, organismos y agencias internacionales requeridas, como apoyo necesario a partir de la modalidad y medios definidos, los programas a ser utilizados, así como las actividades de ambientación y apoyo psicoafectivo para ser implementados con estudiantes y sus familias.

Como derivación de la problemática descrita, el plan escolar establece un aspecto pedagógico curricular que será desarrollado a partir de un programa de adecuación curricular (primera etapa) y la identificación de las competencias prioritarias. Al mismo tiempo, este programa está articulado a la necesidad docente de desarrollar un programa de capacitación dirigido a maestras y maestros, y de orientación enfocado en madres, padres y tutores, quienes acompañarán a las y los estudiantes desde las casas. Atendiendo a quiénes participan, en la formación docente y orientación a las familias, ambas estarían centradas en el conocimiento y uso de los medios: Internet, radio, televisión y materiales impresos.

En relación con los recursos didácticos se trabajará con la elaboración de guías y materiales para la formación de docentes, orientación a padres e inducción a estudiantes, además de contar con un programa de evaluación, adquisición y desarrollo de contenidos multimedia para la educación no presencial.

Dada la modalidad de educación a distancia, en el plan se establece la creación de un programa de dotación de computadores y tabletas para los estudiantes y un programa de servicios de Internet de banda ancha en hogares, oficinas y escuelas.

Igualmente, las instalaciones escolares están consideradas en el plan, que incluye una programación de adecuación-remodelación de las aulas y planteles en general, así como la identificación y construcción de espacios para el desarrollo de la modalidad semipresencial (esta última para cuando pueda ponerse en práctica).

Acerca de los centros educativos del sector privado, el MINERD precisó que estas instituciones, al estar preparadas para iniciar antes las clases virtuales, podrán hacerlo, siempre que respondan debidamente a la aplicación del programa oficial de capacitación de

profesores, el de orientación a los padres y madres, y el de ambientación e inducción a los estudiantes.

Finalmente, el documento oficial introduce diferentes orientaciones, en términos geográficos, cantidad de estudiantes, niveles, grado escolar y alternancia en la presencialidad, para cuando suceda el retorno gradual a la nueva normalidad, no sin antes precisar la continuación del programa de alimentación que seguiría llegando a cada hogar.

Y entonces, comenzó el año escolar 2020-2021

“No es en el sistema educativo mismo que las desigualdades educativas se originan, pero se agravan en él. No se trata de declarar derechos que nadie niega sino de construir acciones que no se practican”.

J. Alberdi

En el marco de la presentación del plan nacional, el 24 de agosto de 2020, previo al inicio del año escolar 2020-2021, el Ministerio de Educación informó que este comenzaría el 18 de septiembre, mediante la modalidad de la educación a distancia, con la capacitación especial a maestras y maestros, y las clases comenzarían el 2 de noviembre.

Sin proponérselo la pandemia de la COVID-19 empezaba a pasar facturas de diferentes aspectos determinantes para una educación señalada como de calidad, a partir de planteamientos definidos solo en papel.

La evolución de la pandemia, la falta de un plan de emergencia sanitaria y la politización de la crisis durante el período de campaña electoral profundizó las brechas de desigualdad social y económica, de manera cada vez más aguda.

El cierre de las escuelas y la suspensión de la docencia no afectaba por igual a todo el estudiantado, ni a las familias, ni a todo el personal docente. El mismo sistema educativo que ha permitido un desarrollo desigual no tardó en sacar la cara.

Configurar una propuesta de educación a distancia, su ejecución, implementación y desarrollo ignorando la contextualización socioeconómica y política, en tiempo y espacio, que caracteriza la sociedad dominicana no augura resultados favorables. La actualización y revisión del diseño curricular (contenido curricular, estrategias de aprendizaje, recursos didácticos, sistema de evaluación de los aprendizajes, entre otros aspectos) requiere de esa contextualización.

Ciertamente el proceso electoral (elecciones municipales, presidenciales y legislativas, campaña política, traspaso de mando) se sumó a los nefastos efectos que se vivían y persisten hoy durante la pandemia de COVID-19. Las limitantes existentes, como resultado de un sistema político desprovisto de institucionalidad en ámbitos como educación y salud, no se hicieron esperar. Las pugnas partidistas compitieron de manera desmedida para sacarle provecho electoral a la COVID-19. Así unos ofrecieron atenuantes atenciones sanitarias, otros, desde el poder, orientados por las prácticas oportunistas, manifestaron un egoísmo politiquero y un analfabetismo sanitario que echaron a un lado las urgentes políticas educativas que debían ser diseñadas y aplicadas en ese período de crisis sanitaria. No solo no se coordinaron las responsabilidades, sino que se ignoraron aquellas que probablemente habían asumido. Las culpas pasaban de un lado a otro entre las autoridades educativas salientes y las entrantes. Tales conductas, además de negligentes, son verdaderamente lastimosas.

Para una gran parte de la comunidad educativa la lectura situacional es que no ha habido un plan de intervención. Las

maestras y los maestros han hecho lo que las circunstancias les ha permitido, a partir de la realidad que conocen suficientemente bien.

Llegado el 2 de noviembre, las clases se iniciaron bajo la modalidad de educación a distancia fundamentalmente. El Ministerio de Educación (MINERD) apostó con firmeza a la modalidad virtual, pero en la primera semana de docencia la realidad fue que decenas de miles de estudiantes se vieron obligados/as a tomar las clases “por radio y televisión”. Finalmente, las autoridades del MINERD reconocieron que, en el sector público, no todo el estudiantado ni las maestras/maestros habían recibido su tableta o laptop, además de no disponer de conectividad, ni tampoco contar con un teléfono inteligente. Por ello se impuso el uso de la televisión y la radio, hasta tanto fueran dotados de equipos y de acceso, aunque la energía eléctrica no está garantizada. De hecho, el mismo día 2 de noviembre, el MINERD informó que iniciarían la licitación para la compra de los equipos informáticos necesarios para posibilitar las clases a distancia.

A partir del 18 de septiembre el sistema educativo dominicano empezó la implementación del Plan de Educación 2020-2021, que, de manera resumida, consiste en lo siguiente:

- Programa de formación para maestras y maestros en uso de la tecnología y en educación no presencial.
- Programa de formación y orientación dirigido a madres, padres, tutoras y tutores con el acompañamiento y colaboración de maestras y maestros.
- El Estado aportará una computadora a cada maestra, maestro y estudiantes en todo el territorio nacional. La entrega a maestras y maestros se hará de inmediato y la de los

estudiantes será más gradual, debido al proceso de licitación, adquisición y transporte al país.

- Participación de: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), INICIA Educación, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), y Acción Empresarial por la Educación (EDUCA).
- Acuerdo con proveedoras de servicios para garantizar acceso a Internet.
- La educación a distancia implica el uso de las vías de comunicación como la televisión, la radio y en determinados niveles, el teléfono inteligente.
- “Cátedras ciudadanas” con contenidos en valores, dirigido a las/los estudiantes. Serán filmadas y editadas a través de radio y televisión. Serán de cultura, identidad, tradiciones, historias, medio ambiente, ética, entre otros, para ocupar la tanda extendida.
- El servicio de alimentación escolar llegará a los hogares de las familias durante la pandemia.
- Programas de reconstrucción y remodelación física de los centros educativos.

Indiscutiblemente la tecnología pasó a ser un dispositivo clave en el sector educativo; se convirtió en una herramienta central para permitir que la educación sucediera y continuara en medio de la crisis. De repente, la educación se volvió casi enteramente dependiente de la tecnología. Sin embargo, las condiciones tecnológicas del sector estaban muy por debajo de las necesidades, en

términos de capacidad instalada y digitalización para absorber una crisis de esta magnitud.

Los desafíos actuales en educación y formación (tanto desde el punto de vista del acceso, como de la baja calidad de los aprendizajes, de la necesidad de incorporar habilidades nuevas como las digitales, y de continuar aprendiendo durante toda la vida para no ser desplazado por la tecnología en el mercado laboral), requieren de la tecnología para enfrentar a escala y profundidad las transformaciones que tienen que darse.

Retos que acompañan el regreso a las aulas

A menos de un mes de haber iniciado el nuevo año escolar las limitaciones, los obstáculos, las trabas no se han hecho esperar. Diferentes interrogantes surgen respecto a cada aspecto constitutivo del plan escolar:

- ¿Este modelo de educación a distancia mantiene los fundamentos en los enfoques histórico-cultural, socio-crítico y con transversalidad de género, de acuerdo con lo establecido en el diseño curricular dominicano?
- ¿La capacitación dirigida a maestras y maestros para el uso de las tecnologías y la educación a distancia les ha permitido desarrollar habilidades para diseñar actividades y dar clases a través de plataformas digitales? ¿Se ha considerado la capacidad de desarrollar estrategias que reconozcan las realidades territoriales y de condición de la población más vulnerable?

- ¿Cuáles profesionales conforman los equipos de atención psico-afectiva para la situación de crisis sanitaria impuestas por la COVID-19?
- ¿Son alcanzables las expectativas creadas de acompañamiento y colaboración de madres, padres, tutoras y tutores? ¿Se conocen las condiciones sociales y económicas, además de las carencias educativas y/o la falta de recursos materiales para acceder a una educación a distancia? Considerando el ámbito laboral de los familiares que van a acompañar al niño, la niña y el adolescente en la casa, ¿cuáles son las posibilidades reales de que podrán estar presentes?
- ¿Hay conciencia de qué implicaciones hay al trasladar la escuela a la casa en razones de cuidados, alimentación y servicios (fundamentalmente agua y energía eléctrica)?
- ¿Se corresponden los contenidos de los cuadernillos con la realidad del país? ¿Todo el estudiantado ha recibido el cuadernillo correspondiente a su nivel, grado y modalidad?
- ¿Existe una política comunicacional precisa, sistemática, de alcance nacional en relación con la transmisión de los contenidos por los diferentes canales y emisoras radiales? ¿de qué manera la comunidad educativa está informada?
- ¿Los acuerdos con las proveedoras de servicios para garantizar acceso a Internet están garantizados? ¿Se garantizan también con los concesionarios de los medios de comunicación y con los principales proveedores de Internet vía teléfono celular, para asegurar un plan gratuito de datos específico para fines educativos?

- ¿Cómo lograr que el aprendizaje a distancia, virtual, se convierta en un hábito integrado en las rutinas diarias de todos y todas, estudiantes, docentes y familias?

En sentido pedagógico, la modalidad ha de estar orientada al proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la tecnología, y no a la inversa. El papel de la tecnología es la “mediación”. Por ello:

1. Las decisiones deberán basarse en consideraciones educativas, en enfoques pedagógicos, en la psicología de la enseñanza y del aprendizaje que estudia la relación entre los y las protagonistas del entorno (estudiantes, docentes, actividades de aprendizaje) a fin de indicar cómo esta relación puede traducirse en un proceso efectivo y significativo.
2. El modelo pedagógico, ya establecido en el currículo, deberá estar debidamente aprehendido por maestras y maestros.
3. Además de la capacitación para el uso de los recursos tecnológicos, maestras y maestros tienen que participar a la hora de diseñar e implementar la planificación, los programas, los contenidos, las actividades y las evaluaciones.
4. Los contenidos de los programas de capacitación de padres/madres, tutoras y tutores deberán ser editados para garantizar la efectividad de esta modalidad educativa a distancia, así como el diseño, edición y publicación de material pedagógico y didáctico de apoyo para el seguimiento desde las familias.
5. Los sistemas requeridos para la educación a distancia deberán ser desarrollados por equipos técnicos, a partir de las consideraciones e instrucciones de maestros y maestras de los diferentes niveles, grados y modalidades.

6. La función del equipo técnico es la de facilitación y apoyo.
7. En este estado de emergencia las familias, madres, padres y tutores asumirán el acompañamiento en las casas. En tal sentido, recibirán los programas de capacitación editados para garantizar la efectividad de esta modalidad educativa a distancia, así como el diseño, edición y publicación de material pedagógico y didáctico de apoyo para el seguimiento del proceso desde los hogares.

No hay duda de los desafíos que enfrenta el sistema educativo dominicano en estas circunstancias de crisis sanitaria. La situación es difícil, con implicaciones intersectoriales e interdisciplinarias; se corre el riesgo de quebrar el proceso de enseñanza-aprendizaje y la interacción social entre los estudiantes que no pueden asistir a clases. Así mismo, se vive en medio de grandes dificultades, de condiciones de estrés ante los contagios del virus, los fallecimientos de familiares, las afectaciones económicas agudizadas por la pandemia, todo lo cual hace aún más compleja la situación que enfrentan las comunidades educativas del país.

Por ello urge resignificar la educación formal, tener otras miradas para poder reconstruir la sociedad dominicana y despertar voluntades, actitudes y conciencias que, desde una relectura de los contextos, contribuyan a producir conocimientos y saberes que promuevan otras miradas sociales, económicas, políticas, culturales, orientadas a generar los cambios necesarios para el desarrollo humano integral, con igualdad y equidad de género, inclusión social, libertad, justicia y disfrute de los derechos humanos fundamentales.

Urge igualmente una actualización del diseño curricular que, además de expresar las intenciones educativas, permita enfatizar la movilización del conocimiento, la funcionalidad del aprendizaje

para la integración de conocimientos de diversas fuentes en un contexto específico, dando lugar a un aprendizaje significativo.

El proceso educativo sucede a partir de encuentros intersubjetivos, de manera dialógica, a partir de la experiencia vivida, de la aproximación a la realidad, en momentos diferenciados que van de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto, de lo singular a lo general, de lo local a lo regional y a lo nacional. El conocimiento no se imparte, se construye entre todos.

Desde la educación formal, a distancia, aún en crisis de pandemia de COVID-19, se impone reinventar la escuela, desarrollar una conciencia crítica, liberadora, emancipadora, que reconozca la justicia, la libertad, la autonomía, el discernimiento, las contradicciones, y que ayude a superar las desigualdades e inequidades sociales, económicas y culturales agudizadas en esta crisis sanitaria.

Una educación de calidad, aún a distancia, significa igualdad y equidad de género; va más allá de los “más”: más acceso, más horas de clases, más docentes, más aulas, más contenidos, más competencias para el trabajo; esta educación de calidad, posible a distancia, no es instrucción, ni prescripción o excelencia académica; sino que debe abrir los caminos a la construcción de saberes incluyentes que conduzcan a un desarrollo humano con justicia, ética y paz para niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

Bibliografía

- Adorno, T. W. (1998). *Educación para la emancipación*. Madrid: Ed. Morata.
- Alvarez-Uria, F. (2007). *Sociología y educación. Textos e intervenciones de los sociólogos clásicos: Karl Marx, Max Weber y Emile Durkheim*. Madrid: Ed. Morata.
- Carr, D. (2005). *El sentido de la educación*. Madrid: Ed. Graó.
- Carr, W. (2002). *Una teoría para la educación. Hacia una investigación educativa crítica*. Madrid: Ed. Morata.
- Connell, R. W., (2006). *Escuelas y justicia social*. Madrid: Ed. Morata.
- Durkheim, E. (2002). *La educación moral*. Madrid: Ed. Morata.
- Fernández, T. y Molina, J. G. (2005). *Multiculturalidad y educación. Teorías, ámbitos, prácticas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foro socioeducativo (2019). *Boletín No. 21*. Santo Domingo.
- Freire, P. (2011). *La educación como práctica de la libertad*. México: Ed. Siglo XXI.
- Freire, P. (2009). *Política y educación*. México: Ed. Siglo XXI.
- Fryd, P. y Silva, D. (2010). *Responsabilidad, pensamiento y acción*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Gimeno, J. (2005). *La educación que aún es posible*. Madrid: Ed. Morata.
- Gimeno, J. (2015). *Los contenidos. Una reflexión necesaria*. Madrid: Ed. Morata.
- Gimeno, J. (2011). *Educar por competencias. ¿Qué hay de nuevo?* Madrid: Ed. Morata.
- Hillert, F. M. et al. (2011). *Gramsci y la educación: pedagogía de la praxis y políticas culturales en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones Noveduc.
- Instituto de Investigación Socioeconómica de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (2020). *El análisis de coyuntura de la incidencia del COVID-19 en el empleo en la República Dominicana*. Santo Domingo.
- Listín diario (2020). *Educación: Se extenderá calendario escolar por suspensión de docencia*.

Recuperado de <https://listindiario.com/la-republica/2020/03/19/609341/educacion-se-extendera-calendario-escolar-por-suspension-de-docencia>

Morel, M. (2019). *República Digital solo ha llegado a 147 escuelas RD*. Recuperado de <https://www.elcaribe.com.do/panorama/pais/republica-digital-solo-ha-llegado-147-escuelas-rd>

Nietzsche, F. (1980). *Sobre el porvenir de nuestras escuelas*. Barcelona: Ed. Fábula Tusquets.

Pérez, A. I. (2004). *La cultura escolar en la sociedad neoliberal*. Madrid: Ed. Morata.

Russini, V. y Heredia-Bonetti (2020). *Medidas implementadas por la República Dominicana ante la pandemia del COVID-19*. Recuperado de <https://rvhb.com/covid-19-es/medidas-implementadas-por-la-republica-dominicana-ante-la-pandemia-del-covid-19/?lang=es>

Schmidt-Welle, F. (2011). *Multiculturalismo, transculturación, heterogeneidad, poscolonialismo. Hacia una crítica de la interculturalidad*. México: Ed. Herder.

Bases de datos

Oficina Nacional de Estadística (2020). Índice de Pobreza en la República Dominicana. Recuperado de <https://www.one.gob.do/sociales/pobreza-asistencia-social-y-condiciones-de-vida/pobreza>

<https://www.one.gob.do/sociales/educacion>

<https://www.one.gob.do/sociales/pobreza-asistencia-social-y-condiciones-de-vida/pobreza>

<https://republicadigital.gob.do/que-es-republica-digital>

<https://www.elcaribe.com.do/panorama/pais/republica-digital-solo-ha-llegado-147-escuelas-rd>

<https://web.one.gob.do/media/gzdkwnnn/encuestanacionaldehogaresdeprop%C3%B3sitosm%C3%BAltiplesinformegeneral2018.pdf>

<http://inabie.gob.do/index.php/servicios/servicio-de-alimentacion-escolar-pae>

<http://inabie.gob.do/index.php/new/207-programa-de-alimentacion-escolar-aporta-el-70-de-los-nutrientes-diarios-que-requieren-los-estudiantes>

<https://listindiario.com/la-republica/2020/03/19/609341/educacion-se-extendera-calendario-escolar-por-suspension-de-docencia>

<http://www.ministeriodeeducacion.gob.do/transparencia/base-legal-de-la-institucion/resoluciones/2019/listados>

SARS-CoV-2 y COVID-19. Una lectura a la respuesta sanitaria cubana

Dennis Pérez Chacón

Licenciada en Sociología. Doctora en Ciencias Sociológicas y en Ciencias de la Salud. Centro de Investigaciones, Diagnóstico y Referencia (CIDR). Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK).

Yisel Hernández Barrios

Licenciada en Psicología. Máster en Ciencias de la Comunicación. Centro de Investigaciones, Diagnóstico y Referencia (CIDR). Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK).

Introducción

La emergencia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y la enfermedad que este genera (COVID-19) es considerada el evento de mayor importancia sanitaria del presente siglo (Walker *et al.*, 2020). Esta ha desatado el despertar de la inteligencia colectiva. El *boom* de publicaciones resultante reta la imaginación de aquellos enfrascados en aportar su pincelada a una, ya abarrotada, panorámica multicolor. El propósito del presente capítulo es analizar, desde una perspectiva contextualizada y crítica, el eje de salud en la respuesta organizada e intersectorial a la pandemia en Cuba.

La rápida propagación de este coronavirus desde su identificación en Wuhan, China en diciembre de 2019; las tasas exponenciales de infección y mortalidad, las manifestaciones clínicas y psicológicas asociadas, así como el desconocimiento de múltiples aspectos relativos al virus y a la enfermedad (WHO, 2020a)

generaron una alerta global. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la alarmante distribución geográfica y severidad de la COVID-19, así como por la inacción de algunos gobiernos y sus sistemas de salud, declaró que la situación podría caracterizarse como pandemia —la primera generada por un coronavirus— y que, como demostraron varios países, podía controlarse (WHO, 2020b).

Con la notificación de los primeros casos, la OMS activó su “modo de respuesta total”, y alentó a los países a tomar medidas que catalogaron como “urgentes” y “agresivas” (WHO, 2020b). Estas han tenido el propósito de desacelerar la transmisión y reducir la mortalidad asociada a la enfermedad; a saber: aumento de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud; implementación del distanciamiento físico y del confinamiento; mejoramiento de los protocolos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio; identificación, aislamiento y atención de casos positivos; rastreo y cuarentena de los contactos; uso de equipos de protección personal; e implementación de estrategias de comunicación de riesgo para proporcionar la información correcta, en el momento adecuado, a las personas adecuadas, a través de canales de comunicación confiables (OMS, 2020).

Las estrategias implementadas por los países para contener una pandemia como la presente dependen en gran medida de la situación precedente. La materialización y el impacto de las medidas recomendadas varían según el escenario de transmisión de cada país; su articulación con los sistemas de salud y sus programas vigentes; y su adaptación a las características socioculturales y a las necesidades de aprendizaje del personal técnico y de la población, entre otras (WHO, 2020a). De igual manera, en la implementación de estas medidas incide el nivel de ingresos de los países, los intereses de los gobiernos, así como la comprensión de los riesgos

reales de la infección y la enfermedad por parte de las autoridades políticas y sanitarias (Hernández *et al.*, 2020). Si bien a la pandemia se le reconocen efectos socioeconómicos inmediatos y a largo plazo en grupos poblacionales socialmente desfavorecidos (por ejemplo, minorías étnicas, personas con discapacidad, hogares de bajos ingresos) (Wang y Tang, 2020); la implementación de medidas preventivas no clínicas —como medio principal para limitar el número de muertes— ha afectado la vida diaria de los individuos y la actividad económica de los países, con impactos significativos a escala global (Balmford *et al.*, 2020).

Algunos aspectos no tan divulgados del coronavirus SARS-CoV-2 —como su transmisibilidad y letalidad en comparación con dos de sus predecesores¹, y la magnitud y trascendencia de sus secuelas— ayudan a comprender el sobredimensionamiento del que han sido objeto la pandemia y las acciones para su afrontamiento. Veamos.

En lo que va de siglo, la infección por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV, por sus siglas en inglés) y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) dieron lugar a dos epidemias en 2002-2003 y 2012, respectivamente (Rabi *et al.*, 2020). Quizás por la amplia cobertura informativa que ha recibido; por la necesaria movilización sanitaria y social para su control; por su rápida expansión geográfica; o por el simple hecho de que ha causado más muertes que sus predecesores, el SARS-CoV-2 es para muchos el más letal de los coronavirus (Fonte y García, 2020). Sin embargo, la letalidad² de las infecciones por SARS-CoV y por MERS-CoV es superior a la de la infección por SARS-CoV-2 (10, 37 y 4,5%, respectivamente) (Rabi *et al.*, 2020).

1 Hasta diciembre de 2019, solo seis coronavirus habían afectado a los humanos. La infección por cuatro de ellos es generalmente asintomática y apenas en algunas personas llega a causar manifestaciones clínicas leves, tipo resfriado común (Rabi *et al.*, 2020).

2 Proporción de casos infectados que fallece.

Es la alta transmisibilidad del SARS-CoV-2 lo que incrementa su incidencia, es decir, el número de casos nuevos; causa por la que ocasiona mayor número de muertes, aun cuando su letalidad es relativamente menor. Esta alta transmisibilidad genera, a su vez, una elevada proporción de individuos infectados asintomáticos con cargas virales comparables a la de los sintomáticos. Los primeros —difícilmente detectables— esparcen la infección durante más tiempo y, al no percibirse enfermos, se mantienen socialmente activos; por lo que se incrementa su probabilidad de propagar el virus a individuos con predisposición a la gravedad (por ejemplo, adultos mayores y personas con comorbilidades). Este es uno de los hechos que hace al nuevo coronavirus más peligroso epidemiológicamente (Fonte y García, 2020).

De igual forma, las personas con historia de infección por SARS-CoV-2 pueden tener secuelas que no se limitan al aparato respiratorio (OPS/OMS, 2020). Algunos estudios documentan daños en el sistema cardiovascular, y en el sistema nervioso central y periférico (Vindegard y Benros, 2020). Otros identifican secuelas de índole psiquiátrica y psicológica (Ojha *et al.*, 2020). Y lo que es menos conocido, estudios en asintomáticos han develado que estos —aún sin haber padecido la enfermedad— pueden desarrollar lesiones pulmonares (Kronbichler *et al.*, 2020). Lo anterior sugiere la necesidad de implementar sistemas de seguimiento ambulatorio y estimar sus costos.

Para octubre de 2020, la pandemia ha afectado 185 países, dejando a su paso más de 43 millones de casos confirmados; un saldo superior a 1 155 000 fallecidos; (Figueredo *et al.*, 2020) y una irresuelta polémica salud *versus* economía. América Latina y el Caribe emergió como el nuevo epicentro de la pandemia después de China, Europa y Estados Unidos. La evolución del SARS-CoV-2

y la COVID-19 en la región ha sido heterogénea; algunos países han experimentado un incremento exponencial de casos nuevos y muertes diarias, mientras otros han logrado contener exitosamente el avance de la epidemia (Pérez, 2020). Cuba confirmó los primeros casos a mediados de marzo (MINSAP, 2020a). Tras siete meses de epidemia, el Estado y las autoridades sanitarias aún perfeccionan sus protocolos de actuación e implementan medidas para limitar la circulación del virus.

Escribir hoy sobre la respuesta cubana de enfrentamiento a la pandemia de COVID-19 no es tarea fácil. Existen disímiles lecturas reflejadas en las notificaciones oficiales de instancias gubernamentales, en la literatura científica especializada nacional e internacional y en cables periodísticos. Todas ellas reflejan la (de)formación profesional de los autores, su origen y experiencia de vida; su participación en las acciones de prevención y control; y la manera en que les ha tocado lidiar con el virus y la enfermedad. Válido aclarar, entonces, que nuestra mirada está permeada por lo que somos, de dónde somos y por lo que hacemos: científicos sociales confesos; pertenecientes al Instituto Pedro Kourí (IPK) —Centro de Referencia Nacional en el campo de las enfermedades transmisibles en Cuba e institución líder en la respuesta a la COVID-19—; y dedicadas actualmente a la reflexión y producción científica sobre diversos aspectos de la pandemia y su enfrentamiento.

Una lectura a la respuesta sanitaria a la pandemia en Cuba no podría hacerse sin incluir la descripción de las particularidades del Sistema Nacional de Salud (SNS), sus principales logros, y las experiencias de enfrentamiento a contingencias epidemiológicas previas; así como el análisis crítico de los retos enfrentados y las lecciones aprendidas para futuras emergencias sanitarias.

La salud pública en Cuba previo a la pandemia de COVID-19

Sistema Nacional de Salud: Particularidades y principales logros

La salud pública en Cuba tiene características distintivas. Aunque la productividad económica es un determinante importante de la salud de la población, en el caso de Cuba —país de medianos y bajos ingresos— esta relación no se comporta según lo esperado (Cooper, Kennelly y Ordunez-Garcia, 2006).

Las condiciones preexistentes a la respuesta sanitaria cubana a la actual pandemia tienen la impronta de la Revolución de enero de 1959 y el profundo proceso de transformación que esta generó en la sociedad, en general, y en el sistema de salud, en particular (Pérez, 2020). Previo al triunfo de la Revolución la situación sanitaria de Cuba era similar a la de otros países de América Latina y el Caribe, en los que las inequidades sociales condicionaban el acceso a los servicios de salud y a otras esferas de la vida social, con peculiar relevancia en el bienestar de las personas. Escenario matizado por condiciones socioeconómicas deplorables de la mayoría de la población, y un sistema sanitario y de seguridad social precario en el que prevalecían altas tasas de mortalidad infantil y materna, baja esperanza de vida al nacer y elevada incidencia de enfermedades transmisibles. A esta situación se hacía frente con profesionales e instalaciones sanitarias insuficientes, sobre todo en lo referente al servicio público (Ramírez, Castell-Florit y Mesa, 2003). Todo ello hizo de la atención a la salud una de las prioridades de la Revolución desde sus inicios (Vela, 2018).

Cuba cuenta con un SNS único, integral, regionalizado y descentralizado, que se distingue por sus principios básicos: carácter estatal y social de la medicina; gratuidad, accesibilidad y cobertura

universal de los servicios de salud; enfoque holístico (físico-mental-social); integración de los servicios preventivo, curativo y de rehabilitación; participación comunitaria e intersectorial; aplicación adecuada de los avances científico-técnicos; y colaboración internacional y solidaridad médica. Particularmente el acceso y la cobertura universales descansan sobre tres pilares clave: la salud como derecho humano inalienable, la equidad y la solidaridad (Morales *et al.*, 2018).

El SNS se gestiona en tres niveles interconectados (nacional, provincial y municipal) que se corresponden con la estructura político-administrativa del país. El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) —órgano rector con funciones metodológicas, normativas, de coordinación y control— al cual se subordinan directamente universidades de ciencias médicas, institutos de investigaciones y hospitales especializados; centros de distribución y comercializadoras de suministros, tecnologías y servicios médicos; así como otras entidades nacionales destinadas a actividades técnicas y de apoyo. Los niveles provincial y municipal están representados por las Direcciones de Salud que agrupan las instituciones sanitarias a sus respectivos niveles y que se subordinan, desde el punto de vista administrativo, a las instancias de gobierno correspondientes; representando sus intereses ante ellos y dando respuesta a las demandas y necesidades de la población (Ramírez, Castell-Florit y Mesa, 2003).

Asimismo, se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel, Atención Primaria de Salud (APS), es de subordinación municipal y debe solucionar aproximadamente 80% de los problemas de salud de la población. Sus servicios se prestan fundamentalmente en 451 policlínicos y sus consultorios del médico y la enfermera de la familia. El nivel secundario, cuya unidad básica son 150 hospitales

de subordinación provincial, cubre 15% de los problemas de salud y tiene como función fundamental tratar al individuo enfermo para prevenir complicaciones y garantizar su rehabilitación inmediata. El nivel terciario, atiende 5% de los problemas de salud relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades; atención que se brinda en 19 hospitales especializados o institutos de investigación de subordinación nacional (Domínguez-Alonso y Zacea, 2011; Gálvez *et al.*, 2018).

La APS en Cuba ha sentado precedentes en la salud pública internacional por su carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y el desarrollo del modelo de atención de medicina familiar a partir de 1984. Este modelo incluye un conjunto de procedimientos y servicios, así como la protección a grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías acorde a este nivel de atención. En consecuencia, la APS es un eslabón esencial dentro del sistema, pues articula la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades, la implementación de los programas de salud priorizados y la atención médica a la población (González *et al.*, 2018).

El SNS es flexible, cambiante y dinámico. Su proceso de reforma tuvo diferentes etapas —post-revolucionaria (1959-1969), de consolidación (1970-1979), de desarrollo (1980-1989), de ajuste (a partir de 1990) y de actualización del modelo económico y social del sector salud (desde el 2011)— en aras de adecuarse lo mejor posible a las transformaciones y al perfeccionamiento constante de la sociedad; y dar respuesta a las demandas de salud de la población, a los escenarios y a las situaciones epidemiológicas, así como al deterioro de las condiciones socioeconómicas del país a partir de la crisis de la década de 1990 (De Vos, 2005; Keck y Reed, 2012; Morales *et al.*, 2018).

Muchos de los logros del SNS lo posicionan en un estatus similar al de países de altos ingresos. Entre estos se destacan: 86,6 médicos por 10 000 habitantes; 12 vacunas administradas con más de 98% de cobertura nacional; erradicación de enfermedades infecciosas (por ejemplo, poliomielitis, 1962; paludismo, 1967; difteria, 1979; fiebre amarilla, 1981; sarampión, 1993; rubeola, 1995; transmisión materno-infantil de VIH y sífilis congénita, 2015) y disminución de la incidencia de otras (por ejemplo, cólera, tuberculosis, fiebre tifoidea, parotiditis, hepatitis B, leptospirosis, lepra); tasa de mortalidad infantil de menores de un año de 5,0 por 1 000 nacidos vivos; y esperanza de vida al nacer de 78,5 años; por solo mencionar algunos (MINSAP, 2020b; ONEI, 2020). Además, en el contexto internacional, se destaca por su vasta colaboración en asistencia médica; formación de recursos humanos y asesoría técnica en más de 108 países; así como por su participación en el enfrentamiento a emergencias sanitarias. Esta última liderada por el Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastre y Graves Epidemias Henry Reeve (Altamirano, 2019; Marimón y Martínez, 2010).

El financiamiento de los sistemas de salud es crucial para garantizar la cobertura de los servicios y repercute en la calidad y en los resultados alcanzados no solo en esta esfera, sino también en términos sociales, en general (Zaldívar y Borrego, 2018). El gasto público del SNS sobrepasa ampliamente el 6% del Producto Interno Bruto (PIB) recomendado por los organismos internacionales de salud (OPS, 2018). Este se cubre a través del presupuesto del Estado destinado al sector. Una importante porción del mismo se asigna a la APS para proporcionar el acceso de la población a servicios de calidad y no exponer a los hogares a gastos catastróficos por motivos de salud³ (Gálvez *et al.*, 2018).

3 Los gastos catastróficos por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan el 40% o más de su capacidad de pago; porcentaje que puede ser modificado de acuerdo con la situación específica de cada país (Xu, 2005).

Los éxitos de Cuba en materia de salud muestran un nivel de compromiso sistemático y consecuente con el desarrollo del sector por parte de las autoridades nacionales; la resiliencia de su SNS para hacer frente a la falta de recursos materiales y financieros; y la capacidad de respuesta a las emergencias sanitarias y los brotes epidémicos de historia más reciente.

Experiencias de enfrentamiento a contingencias epidemiológicas previas

Como ya se ha expuesto, la capacidad de respuesta del SNS cubano en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles tiene antecedentes importantes. No obstante, los resultados alcanzados en este campo, la complejidad del escenario epidemiológico nacional e internacional —marcado por la emergencia y reemergencia de estas enfermedades y su coexistencia temporo-espacial— impone desafíos para la sostenibilidad de los logros alcanzados en el país (Verdasquera *et al.*, 2018).

El modelo cubano de lucha antiepidémica incluye tres componentes esenciales: base científica de las acciones para combatir las epidemias; voluntad política gubernamental; y participación popular. Estos componentes están invariablemente presentes en el enfrentamiento a las epidemias que han azotado al país en los últimos 60 años (Rojas, 2003; Verdasquera *et al.*, 2018). Ello no solo ha permitido contener las emergencias sanitarias, sino que, además, ha fortalecido los sistemas de vigilancia epidemiológica, y los programas y servicios de salud; y ha contribuido al desarrollo de la ciencia y la tecnología cubana en el campo de la producción de medicamentos y vacunas, entre otros (Verdasquera *et al.*, 2018).

Pertinente es destacar el protagonismo del Instituto Pedro Kourí (IPK) —nivel terciario de atención— cuya historia

acompañan los sucesos relacionados con las enfermedades transmisibles en Cuba desde su fundación en 1937 hasta la actualidad. Su misión es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población cubana y del resto de la comunidad internacional, al ofrecer servicios rápidos, especializados y de alta tecnología en la investigación e innovación, el diagnóstico, la atención médica, la docencia y la vigilancia epidemiológica, dirigidos a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles (Guzmán *et al.*, 2017).

El desarrollo en ascenso de las actividades de colaboración internacional de Cuba, iniciado en la década de 1970, trajo consigo el incremento del riesgo de introducción de enfermedades exóticas o ya eliminadas en el país. Ante esta amenaza, y a demanda del Gobierno, el IPK se reestructura y fortalece como centro de alto nivel científico dedicado a la vigilancia epidemiológica, la investigación, la docencia y la atención médica de excelencia. Por su perfil ha protagonizado el enfrentamiento a innumerables emergencias sanitarias entre las que se destacan: epidemia de dengue hemorrágico de 1981 y eventos posteriores; VIH/sida; enfermedad meningocócica; neuropatía epidémica; conjuntivitis hemorrágica; influenza pandémica (H1N1); cólera; y más recientemente ébola, chikungunya y zika (Coutin, Bacallao-Gallestey y Castellanos-Serra, 2020; Guzmán *et al.*, 2017).

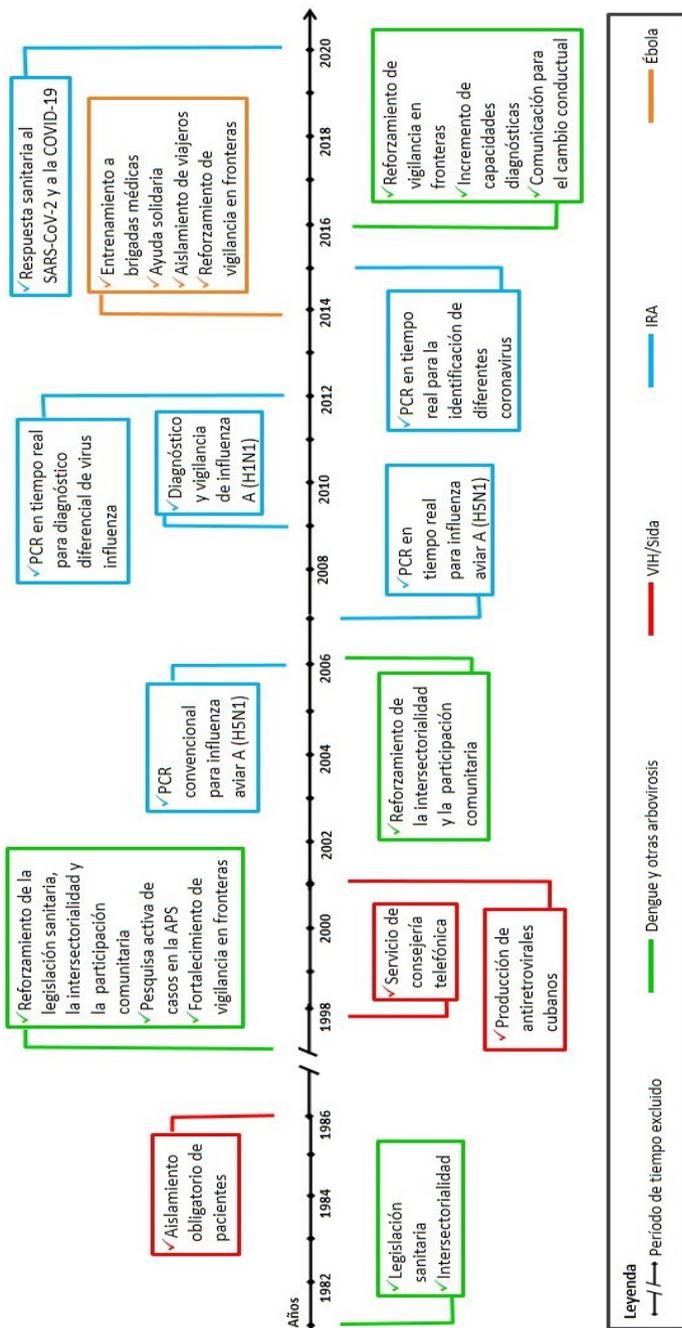
Cuba no solo se hace eco de iniciativas internacionales de prevención y control de estas enfermedades, sino que las adecua a sus particularidades. La preparación oportuna del SNS también ha sido posible debido a la experiencia acumulada en las luchas antiepidémicas y al conocimiento técnico de especialistas y decisores, así como a las lecciones aprendidas en la movilización social e intersectorial para el manejo de brotes y epidemias (Verdasquera *et al.*, 2018). El enfrentamiento a la actual pandemia no es la excepción.

Los pilares de la respuesta sanitaria al SARS-Cov-2 y a la COVID-19 son el resultado de una larga evolución histórica (Gráfico 1). Algunos de ellos se gestaron en las múltiples batallas de enfrentamiento a las arbovirosis. La creación de un marco de colaboración entre los diversos organismos e instancias gubernamentales y la aplicación de la legislación sanitaria —multas a la población en los hogares con criaderos de *Aedes aegypti*— fueron de las medidas más efectivas para controlar en cuatro meses la epidemia de dengue hemorrágico de 1981 (Reardon, 2016). El Programa de Control de *Aedes aegypti*, creado en ese entonces fue objeto de múltiples actualizaciones debido a los brotes recurrentes de dengue en el país, posterior a su reemergencia en 1997. Estas tuvieron el propósito de fortalecer el abordaje intersectorial para atenuar la diversidad de factores que inciden en su transmisión; incorporar activamente a las comunidades en las acciones de prevención y control; y reforzar el cumplimiento de la legislación sanitaria, entre otros (MINSAP, 2006; Morales *et al.*, 2012; UNVLA, 2005).

La búsqueda activa de casos sospechosos en la APS se convirtió en la columna vertebral de la vigilancia integrada de dengue a partir de la epidemia de 1997 (Guzmán *et al.*, 2019). Modalidad sustentada en la identificación, el seguimiento y el aislamiento de pacientes con síndrome febril agudo de etiología no precisada por parte de los médicos y las enfermeras de la familia (Peláez *et al.*, 2018). De igual manera, se fortaleció la vigilancia activa en fronteras (puertos, marinas y aeropuertos) —instaurada desde 1982 por el Programa de Control Sanitario Internacional (CSI)— para reducir el riesgo de reintroducción de la enfermedad por personas procedentes de áreas endémicas (Guzmán *et al.*, 2019).

América es la zona geográfica donde la emergencia de chikungunya y zika tuvo mayor impacto (WHO, 2016). Sin embargo, con excepción de un pequeño brote de chikungunya ocurrido en 2015 —controlado rápida-

Gráfico 1. Pilares de la respuesta sanitaria a la pandemia gestados en el enfrentamiento a emergencias sanitarias previas, Cuba, 1981–2020



mente— en Cuba no se ha identificado la transmisión de este agente viral (Guzmán *et al.*, 2019). En relación con el zika, se implementó un plan de acción que reforzó medidas para la vigilancia de viajeros internacionales; se instalaron escáneres de temperatura corporal y termómetros digitales en puertos, marinas y aeropuertos; y se organizaron grupos de trabajo multidisciplinarios para actualizar la situación internacional. Cuando se detectó el primer caso autóctono —16 de marzo de 2016— ya se encontraban creadas las capacidades diagnósticas en los laboratorios y se había realizado el análisis estratificado de indicadores entomológicos y epidemiológicos del país (MINSAP, 2016). A partir de ese año, se intencionó la implementación del enfoque de comunicación para el cambio conductual en la prevención de arbovirosis (Hernández *et al.*, 2018).

Cuando la epidemia de VIH/sida arribó a tierra cubana, ya se había creado la Comisión Nacional de sida (1983). El Programa Nacional de Prevención y Control, vigente desde 1986, guía metodológicamente la vigilancia epidemiológica, la atención a personas viviendo con VIH/sida, la investigación y las actividades de educación-prevención. Dentro de las acciones desarrolladas en el país se destacan: el establecimiento de una política sanatorial obligatoria en 1986, reemplazada por el Sistema de Atención Ambulatoria en 1998; la creación del servicio de consejería telefónica anónima y confidencial para brindar información y apoyo psicosocial a la población en 1998; y la producción de antirretrovirales cubanos en 2001, y su distribución gratuita hasta garantizar la cobertura nacional, por solo mencionar algunas. (Alfonso *et al.*, 2000; Rodríguez, 1997).

En el orden jurídico no consta una legislación especial para las personas viviendo con VIH/sida. Pero existe una particularidad establecida en el Código Penal —aprobada por la Ley No. 62, capítulo V, que regula específicamente los Delitos Contra la Salud Pública en

su Sección Primera artículo 187 Propagación de Epidemias— donde se establece sanción de privación de libertad de tres a ocho años al que maliciosamente propague o facilite la propagación de una enfermedad. De igual forma, al que infrinja las disposiciones dictadas por las autoridades sanitarias y los programas para el control de enfermedades transmisibles o epidemias, se le aplica sanción de privación de libertad de tres meses a un año, multa de 100 a 300 cuotas, o ambas. Existen inspectores sanitarios estatales facultados para denunciar de oficio o presentar ante los tribunales los casos de infección por VIH que puedan tipificarse (Infante-Ruiz y Silva-Zaldívar, 2013).

Por otra parte, la preparación nacional en 2009 ante la emergencia de un nuevo virus influenza A (H1N1) —con potencial pandémico— puso de manifiesto el fortalecimiento de las capacidades diagnósticas instaladas en el país para dar respuesta a las emergencias de salud ocasionadas por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) (Acosta *et al.*, 2012). La puesta en vigor en el 2000 del Programa Nacional Integral de Prevención y Control de las IRA hizo posible el empleo de técnicas de diagnóstico por parte del Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza (LNRI)⁴, que permitieron implementar acciones de respuesta a los brotes ocurridos (Acosta *et al.*, 2017). Entre los hitos de la consolidación del LNRI en las dos últimas décadas se encuentran: la introducción del diagnóstico molecular mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) convencional de virus influenza aviar A (H5N1) en 2006 y la actualización de su algoritmo diagnóstico mediante la introducción de PCR en tiempo real en 2007; el diagnóstico y la vigilancia del virus pandémico influenza A (H1N1) en 2009-2010; la introducción de PCR

4 Fundado en enero de 1965 con sede en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en La Habana. En 1992 su sede se traslada al Departamento de Virología del IPK. Fue reconocido como Centro Nacional de Influenza (CNI) del Sistema Global de Vigilancia y Respuesta para la Influenza de la OMS en 1975, condición que mantiene hasta la actualidad (Acosta *et al.*, 2017).

en tiempo real para subtipado del virus influenza y su diagnóstico diferencial con otros virus respiratorios en 2012; y la introducción de PCR en tiempo real para la identificación de coronavirus como el MERS-CoV en 2015; entre otros (Acosta *et al.*, 2017).

Otro ejemplo que ilustra la preparación o contención de epidemias en el país ocurrió a propósito del brote de ébola en África Occidental durante 2014. El MINSAP lideró las reuniones técnicas para la elaboración del Plan Regional y la Estrategia Nacional. En el IPK se creó un Centro de Entrenamiento Internacional para la prevención de esta y otras enfermedades por fiebres hemorrágicas en el que se abordaron aspectos clínicos, epidemiológicos, de laboratorio y de bioseguridad, entre otros. En el mismo se capacitaron 294 456 profesionales de salud cubanos y extranjeros. Brigadas médicas cubanas de profesionales con amplia experiencia en emergencias internacionales apoyaron los esfuerzos contra el ébola en Sierra Leona, Guinea Conakry y Liberia. Para proteger al país de la introducción de la enfermedad se establecieron protocolos e instalaciones para el aislamiento por 21 días de los cooperantes y otros viajeros. Además, los puertos y aeropuertos fueron cubiertos con termómetros láser y se aplicaron cuestionarios epidemiológicos a viajeros (Reed, 2015; Verdasquera *et al.*, 2018).

Respuesta sanitaria al Sars-Cov-2 y a la COVID-19 en Cuba

Medidas de salud y su efectividad en la respuesta cubana a la pandemia

Como ya se ha ilustrado, cuando de riesgo de introducción de enfermedades infecciosas se trata, el gobierno y el SNS cubano no suelen esperar para diseñar su plan de prevención y control. En este caso en particular, la proporción significativa de población con predisposición a la gravedad —20,23% de adultos mayores, y prevalencia

de diabetes mellitus (64,3/1000 habitantes) y de hipertensión arterial (¼ de la población) (MINSAP, 2020b)— y los retos impuestos por la precariedad económica del país y una economía altamente dependiente del turismo, instaron a las autoridades políticas y de salud pública a desarrollar una estrategia nacional intersectorial para reducir el impacto del nuevo coronavirus en la isla (Pérez, 2020).

A finales de enero de 2020 —transcurrido solo un mes de la identificación del SARS-CoV-2 en Wuhan, y al unísono de su declaración como emergencia de salud internacional (WHO, 2020c)— se aprobó el primer Plan para la Prevención y Control del nuevo Coronavirus. El mismo involucró a todos los Organismos de la Administración Central del Estado, las empresas, el sector no estatal y a la población en general; y se adecuó a las condiciones específicas de cada territorio (Chaple *et al.*, 2020; MINSAP, 2020c).

La ausencia de casos confirmados en el territorio nacional no impidió el desarrollo de acciones de capacitación (Castro, Jiménez y Cabrera, 2020; Guzmán, 2020) y el diseño y perfeccionamiento de protocolos de actuación. Estos se elaboraron teniendo en cuenta la experiencia internacional y las particularidades del contexto cubano en lo referente al diagnóstico de laboratorio, al manejo de casos sospechosos y confirmados, y a las medidas de protección personal y contención de la transmisión (Guzmán, Resik y Kourí, 2020; MINSAP, 2020d). Acciones que —de conjunto con las condiciones preexistentes mencionadas en el epígrafe anterior— sentaron las bases para la detección de los primeros casos confirmados en el país el 11 de marzo, semana epidemiológica (SE) 5 (Galbán-García y Más-Bermejo, 2020), fecha en que se declara a la COVID-19 como pandemia (WHO, 2020d).

Las autoridades sanitarias cubanas previeron el posible desarrollo de la COVID-19 en el país en tres fases: 1) Preepidémica, 2) Transmisión autóctona limitada; y 3) Epidémica. En la primera fase se notifican casos confirmados de viajeros procedentes de países afectados o casos locales producidos por contacto con esos viajeros. En la segunda, se confirman casos en los cuales no se han podido establecer nexos directos con viajeros procedentes de áreas afectadas. En esta fase la transmisión casi siempre está limitada a conglomerados pequeños en una localidad o institución en particular. Mientras que en la tercera —considerada la más compleja— se detectan y confirman casos sin nexos con viajeros, que se incrementan en diferentes localidades del territorio nacional y se aprecian picos en la curva de incidencia (Chaple *et al.*, 2020). Clasificación que —como mostrara el Plan para el Enfrentamiento de la Pandemia de Influenza A (H1N1) (MINSAP, 2009)— es muy operativa, en tanto permite establecer medidas de protección a la población y de aislamiento a las comunidades, en vez de aislar de manera estricta a todo un municipio o provincia cuando no sea necesario. Esta también facilita la toma de decisiones territoriales en relación con la atención médica.

La respuesta sanitaria puso de manifiesto, una vez más, los principios de la salud pública cubana, en particular su carácter inclusivo, equitativo y solidario (Guzmán, Resik y Kourí, 2020). A juicio de las autoras, las medidas de salud, desde una perspectiva transdisciplinaria, podrían agruparse en varios componentes interconectados: I. Capacitación, II. Protección personal y contención de la transmisión, III. Diagnóstico y vigilancia de laboratorio, IV. Manejo de casos, V. Investigación, VI. Comunicación social y VII. Colaboración internacional. A los efectos del capítulo estos componentes se presentan de manera independiente.

I. Capacitación. El fortalecimiento de capacidades se considera tradicionalmente como un proceso ineludible de los diferentes programas nacionales de salud, así como de las estrategias o planes de enfrentamiento a situaciones de emergencias sanitarias. Coherente con ello se reconoce la capacitación como esencial para la prevención y el control de la COVID-19 (Castro, Jiménez y Cabrera, 2020). Este componente, liderado por el IPK, concibió la capacitación del personal vinculado a las tareas de vigilancia epidemiológica y atención médica de forma escalonada (Guzmán, 2020). En un corto período de tiempo se desarrollaron cursos presenciales y virtuales que tuvieron como soporte técnico las recomendaciones de la OMS (WHO, 2020a), así como las experiencias en el enfrentamiento a emergencias sanitarias en el país, antes mencionadas (Castro, Jiménez y Cabrera, 2020; Ebrahim *et al.*, 2014; Reed, 2015).

Algunas de las capacidades desarrolladas se relacionaron con el manejo clínico y tratamiento de casos sospechosos y confirmados, el diagnóstico molecular, y las medidas y procedimientos de bioseguridad (Guzmán, 2020; Castro, 2020). En los espacios formativos participaron los diferentes niveles del SNS y otros organismos de la Administración Central del Estado (Castro, Jiménez y Cabrera, 2020; Guzmán, 2020). Conjuntamente, se entrenó al personal de laboratorio de varias instituciones y provincias, lo que permitió extender el diagnóstico molecular a otros laboratorios y ampliar la capacidad para el procesamiento de muestras (Guzmán, 2020). También se capacitaron integrantes de las Brigadas Henry Reeve y cooperantes cubanos cumpliendo misión médica internacional (Castro, Jiménez y Cabrera, 2020; Guzmán, 2020).

II. Protección personal y contención de la transmisión.

Este componente integra medidas generales y a diferentes niveles: individual, comunitario e institucional. La mayoría de estas se mantuvo

durante las diversas fases de enfrentamiento a la pandemia. Para su cumplimiento se establecieron métodos de verificación con la colaboración de otros sectores y la aplicación de la legislación sanitaria.

A nivel individual se promueve, fundamentalmente, el uso del nasobuco o mascarilla; el distanciamiento físico (1,5 m); la desinfección sistemática de las manos y de las superficies con hipoclorito de sodio al 0,5% o solución hidroalcohólica al 70%; la búsqueda oportuna de asistencia médica ante la presencia de síntomas; y el cumplimiento de la cuarentena. Incurrir en infracciones asociadas a la propagación de epidemias se penaliza con multas de hasta 3000 pesos, duplicadas por no pago en el período establecido. En algunos casos también es posible aplicar privación de libertad.

A nivel institucional —estatal o no estatal— se incorporan, además, la prohibición de acudir a estos centros con cualquier síntoma respiratorio; la toma de temperatura; el uso de los pasos podálicos; la desinfección de los medios de trabajo y los vehículos; la protección a grupos vulnerables; y la restricción de actividades con alta concentración de personas. Ante la infracción de las medidas a este nivel se responsabiliza tanto al trabajador implicado como a sus directivos y se les aplican multas de hasta 3000 pesos y sanciones administrativas.

En el nivel comunitario se concretan las acciones de vigilancia epidemiológica mediante las pesquisas activas. Ante la presencia de eventos de transmisión comunitaria se establecen áreas de cuarentena. Esta consiste en la restricción de las actividades; la reducción de la movilidad poblacional; y la separación de personas infectadas y sospechosas para prevenir la posible propagación de la infección (Candelaria *et al.*, 2020).

III. Diagnóstico y vigilancia de laboratorio. El LNRI estuvo a cargo de la introducción del diagnóstico molecular de SARS-CoV-2

—utilizando el PCR en tiempo real— y de la confirmación de los primeros casos. Con el incremento del número de muestras, las acciones de capacitación y el fortalecimiento de la infraestructura se extendió el diagnóstico a otros laboratorios del país. No obstante, hasta el mes de agosto, se había procesado un total de 327 689 muestras para una positividad de solo 1,01% (3 316); de ellas, 51% (167 138) fueron procesadas en el LNRI (Guzmán, 2020).

La ampliación de las capacidades para el procesamiento de muestras ha contribuido a distribuir la carga de trabajo, a acercar el diagnóstico a los territorios, y a acortar los tiempos de demora entre la toma de muestra, su traslado, la realización del PCR, y la notificación a las instituciones hospitalarias y centros de aislamiento. En la actualidad el país cuenta con 17 laboratorios habilitados que procesan diariamente más de 7 000 muestras (Puig, 2020).

En la APS, en los centros de aislamiento y en otras instituciones se han utilizado test rápidos —donados por organismos internacionales y de producción nacional— para detectar anticuerpos que desarrolla el sistema inmunológico de las personas expuestas al virus. Estos se aplican a personas con riesgo de infección y a pacientes con síntomas respiratorios. En los casos positivos, como método confirmatorio, se realiza un PCR en tiempo real.

IV. Manejo de casos. Este componente se sustenta en los elementos técnicos establecidos en el Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19 que ha tenido varias actualizaciones, encontrándose vigente la versión 1.5 (MINSAP, 2020d). En este se establecen criterios para la clasificación de los casos en cuatro grupos: 1) contactos cercanos, 2) sospechosos, 3) confirmados y 4) confirmados con requerimientos de ingreso en cuidados intensivos. El manejo de estos se estratifica —según grupos, niveles de atención

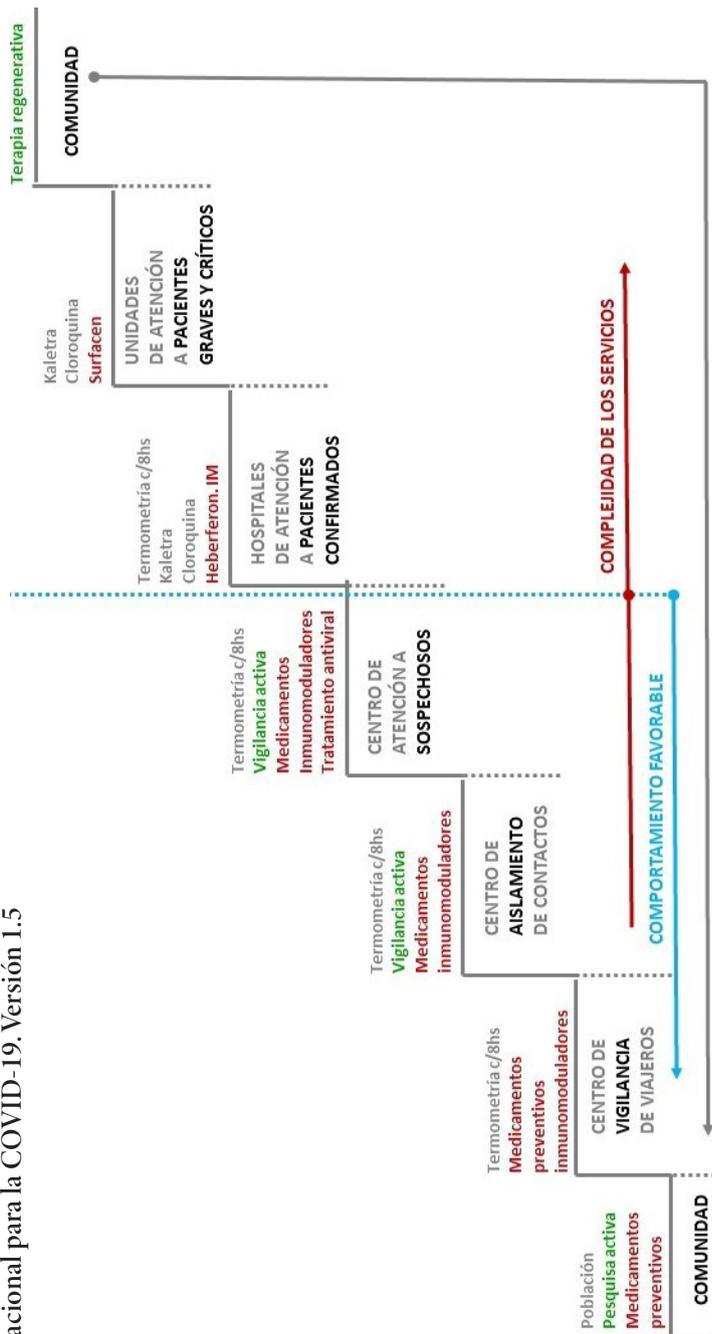
y traslado— en dos escenarios: el primero enfocado en la prevención y el otro en la atención a los pacientes de acuerdo a su estadio y evolución (Gráfico 2).

La APS, de conjunto con los centros de vigilancia de viajeros y los centros de vigilancia de contactos, es un eslabón clave en el escenario preventivo. Entre las acciones conducidas por los profesionales de este nivel de atención se destacan la pesquisa activa, la clasificación de los casos, el seguimiento de los contactos, el tratamiento a grupos vulnerables y el monitoreo de los casos confirmados posterior a su alta hospitalaria. Los casos sospechosos se trasladan —siguiendo medidas para la protección de estos y del personal de salud, así como la desinfección del transporte sanitario— hacia las instituciones establecidas para su atención. Estos se supeditan al régimen de aislamiento donde se establece el cumplimiento de la cuarentena, y de las medidas de protección individual y de contención de la propagación del virus; según su clasificación como de bajo o alto riesgo se definen los tratamientos.

Con los casos confirmados también se cumplen las medidas antes mencionadas, pero se enfatiza más en la evaluación de la presencia o no de síntomas y comorbilidades. Estos se clasifican en asintomáticos, sintomáticos y pacientes con PCR evolutivo positivo 10 días después de la detección de la infección.

Para cada grupo existen tratamientos y protocolos de actuación diferenciados; así como para los pacientes que requieran de cuidados intensivos. El cuadro de medicamentos utilizados incluye productos nacionales e internacionales de probada efectividad. Algunos de estos (por ejemplo, Heberferón, Interferón alfa 2b, Kaletra y Cloroquina) se han empleado para el tratamiento de enfermedades con cuadros similares (Martínez *et al.*, 2020; MINSAP, 2020e).

Gráfico 2. Escenarios de intervenciones profilácticas y terapéuticas del manejo de casos en Cuba. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.5



Fuente: MINSAP.

En los casos confirmados, el alta hospitalaria se efectúa cuando el paciente tiene PCR negativo y no presenta síntomas por al menos tres días. No obstante, estos deben cumplir un período de vigilancia domiciliaria de 14 días, donde el médico y la enfermera de la familia con el apoyo de estudiantes de Ciencias Médicas monitorean su evolución. Otro PCR en tiempo real se realiza una vez concluido este período para proceder al alta epidemiológica y la evaluación integral de las convalecencias (MINSAP, 2020e).

V. Investigación. La creación del Grupo de Ciencia para el Enfrentamiento a la COVID-19, el establecimiento del Observatorio de Salud y del Comité de Innovación a tales fines, y la aprobación de los primeros cinco proyectos de investigación en este campo (Díaz-Canel y Núñez, 2020) son ejemplos del desarrollo precoz del componente de investigación y de su articulación con la gestión gubernamental para mitigar los posibles impactos sanitarios, económicos y sociales de la pandemia en el país. A ello se sumaron de manera paulatina un amplio número de investigaciones clínicas, epidemiológicas, virológicas, inmunológicas y genéticas (Guzmán, 2020).

El IPK lidera muchas de las investigaciones dirigidas a aportar mayor conocimiento sobre la enfermedad; la epidemia; el agente etiológico y su interacción con el individuo; la patogenia; la caracterización genética del SARS-CoV-2; la búsqueda de marcadores de pronóstico; así como investigaciones farmacológicas, económicas y sociales (Guzmán, 2020). La amplia gama de temáticas estudiadas es resultado de la experticia y la variedad de perfiles de los profesionales que posee el IPK. Además, la institución forma parte de estudios multicéntricos conducidos por el MINSAP, a saber: evaluación de protocolos clínicos de actuación y seguimiento de pacientes convalecientes; estudios de pronóstico y seguimiento de la epidemia; análisis de la efectividad de medicamentos y productos

del Grupo de las Industrias Biotecnológica y Farmacéutica de Cuba (BioCubaFarma); estudios de incidencia de la infección por SARS-CoV-2; y evaluación de plasma de convalecientes; entre otros (Guzmán, 2020). La colaboración multicéntrica respalda la premisa de poner la ciencia al servicio de la salud. Esta ha permitido articular las potencialidades científicas de instituciones sanitarias y de otros sectores, como expresión del enfoque multisectorial que tiene el plan cubano y del aporte de la ciencia y la innovación a la batalla contra la pandemia.

Cabe destacar que Cuba cuenta con varios proyectos sobre tratamientos, reactivos, equipos y tecnologías médicas. De ellos 11 productos se encuentran en estudios clínicos o ensayos de intervención en pacientes y grupos de riesgo; cinco se evalúan con fines preventivos para estimular la inmunidad (tanto innata como adaptativa) en diferentes grupos de riesgo; cuatro de probada acción antiviral se emplean en individuos infectados con diagnóstico reciente; y dos se utilizan para contrarrestar la tormenta de citocinas; entre otros (Martínez *et al.*, 2020). También se ha trabajado en el desarrollo de tres sistemas diagnosticadores y dos candidatos vacunales: Soberana 01 y Soberana 02 (Rodríguez, 2020).

La participación de la ciencia es clave en la evolución de la pandemia en el país y ha contribuido a la toma de decisiones gubernamentales (Figueredo *et al.*, 2020). Esta ha aportado valiosas soluciones y ha fortalecido su vínculo con la sociedad, así como con los diversos actores económicos y sociales. Su amplio despliegue refleja las fortalezas del diálogo directo de expertos, académicos y profesionales con el Gobierno; la colaboración interinstitucional e intersectorial; y la participación interdisciplinaria. Aspectos que son reconocidos como piezas clave para fortalecer la articulación

entre la gestión gubernamental y la ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19 (Díaz-Canel y Núñez, 2020).

Existen más de 700 investigaciones en curso (Figueredo *et al.*, 2020). Los resultados y las proyecciones de muchas de estas han contribuido al incremento de la producción científica, tanto en revistas internacionales como nacionales. La *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* y la revista *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* han compilado un amplio número de publicaciones cubanas sobre el tema.

VI. Comunicación social. Este componente está marcado por la necesidad de desarrollar una activa comunicación pública para mejorar la información y el desempeño de la población en el enfrentamiento a la COVID-19 (Díaz-Canel y Núñez, 2020). La estrategia desarrollada a tales fines permitió implementar los enfoques más recientes de comunicación social promovidos por OPS adecuados al contexto cubano (Hernández *et al.*, 2018). La selección del Director Nacional de Epidemiología como vocero oficial y la transmisión de conferencias de prensa diarias para informar a la población sobre la marcha del enfrentamiento a la COVID-19 y sus resultados han sido de los aspectos más distintivos de esta estrategia. Otros espacios oficiales con cobertura nacional, como los noticieros, la Mesa Redonda, la prensa nacional y el sitio de Cubadebate —con participación de decisores del Estado y sus diferentes organismos, científicos y servidores públicos— también han permitido brindar información amplia, variada y contextualizada a diferentes actores sociales. Conjuntamente se desarrolló un sistema de información estadística y sitio web para la estandarización y visualización de la información actualizada sobre el comportamiento nacional de la pandemia.

Esta es reconocida, sin lugar a dudas, como la emergencia sanitaria más mediática que ha vivido el país, y se ha caracterizado

por un marcado interés de especialistas en comunicación, profesionales de la salud y decisores por poner la información científica —generada tanto en el ámbito internacional como nacional— al alcance y en los códigos de la población. Spots televisivos, infografías, cuñas radiales, sueltos, plegables y otros productos comunicativos —muchos de estos con los mensajes “Quédate en casa” y “Viraliza lo que salva”— han ofrecido información sobre los riesgos, las vías de transmisión y los síntomas de la enfermedad; la búsqueda oportuna de asistencia médica ante la presencia de síntomas; así como las medidas de prevención y control. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación, en general, y las redes sociales, en particular, han funcionado no solo como canal para recibir información sobre la pandemia, sino también como medio de trabajo, estudio, comercio y socialización, en un escenario marcado por el llamado al distanciamiento físico y social. Estas, a su vez, facilitaron la implementación del “Pesquisador virtual”, herramienta promovida por el MINSAP que permite —como complemento al proceso de pesquisa activa que realiza la APS— captar información sobre el estado de salud de la población. También se promovió el uso de una línea telefónica para brindar información y asesoría sobre la COVID-19, así como ayuda psicológica. En relación a este último aspecto, se dieron a conocer diferentes mecanismos de atención a la salud mental de la población y al personal de salud (Figueredo *et al.*, 2020).

VII. Colaboración internacional. Este componente ratifica los principios de cooperación internacional y solidaridad médica que distinguen al SNS cubano. Durante este período se han sumado al enfrentamiento a la pandemia más de 28 000 profesionales, científicos y técnicos de la salud distribuidos en 59 países que se encontraban, previo a esta emergencia sanitaria, cumpliendo misión en diferentes latitudes del mundo (Díaz-Canel y Núñez, 2020).

Asimismo, la preparación continua de miembros de las 52 brigadas Henry Reeve, constituidas para el enfrentamiento a la pandemia, garantizó el traslado paulatino a diferentes países, atendiendo a las solicitudes de sus gobiernos y sistemas de salud. Hasta la segunda quincena del mes de septiembre más de 3 800 profesionales de la salud atendieron a más de 550 900 personas en 39 países, y 43 brigadas se mantenían prestando servicio (MINSAP, 2020e). Estas cifras —en armonía con la ética médica y la calidad humana de los colaboradores cubanos— contribuyeron a la candidatura del Contingente Henry Reeve al Premio Nobel de la Paz (Redacción Digital de Granma, 2020a). Esta nominación —expresión de gratitud y reconocimiento a la solidaridad médica cubana— contó con respaldo internacional.

La implementación interconectada de los componentes descritos anteriormente fue posible dada su articulación con el plan de medidas de otros sectores (por ejemplo, trabajo y seguridad social, transporte, educación, cultura y turismo), lo que evidencia el carácter intersectorial del plan nacional. Entre esas medidas cabe destacar: establecimiento de garantías salariales a personas con interrupción laboral, individuos vulnerables, madres al cuidado de hijos pequeños, así como a los pacientes y sus contactos durante su estancia en centros de aislamiento y hospitalización; promoción de las modalidades de teletrabajo y trabajo a distancia; y cierre de instituciones educativas, recreativas, así como de servicios legales, consulares, de transporte urbano e interprovincial y de salud no asociados a urgencias médicas, por solo mencionar algunas.

Desde marzo hasta la última semana de junio, en el país se detectaron 2 340 personas infectadas por SARS CoV-2 y 86 fallecidos, la mayoría de estos últimos con comorbilidades asociadas, a saber: hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, enfermedades isquémicas, enferme-

dades pulmonares obstructivas y patologías renales, entre otras. Cifras que reflejaban tasas de incidencia y de letalidad de 20,7 por cada 100 000 habitantes y 3,7%, respectivamente. A pesar de reportarse casos en varias provincias del país, La Habana aportaba 54,7% de los mismos. Durante este período las cifras más elevadas fueron entre el 6 de abril (SE 15) y el 3 mayo (SE 18), en que se superaron los 250 casos por semana (Galbán-García y Más-Bermejo, 2020).

Posteriormente comenzó a apreciarse un decrecimiento de la incidencia y del número de territorios y provincias afectadas. Esto conllevó a que el 10 de junio se tomara la decisión de conformar una estrategia económica y social para encarar, en el futuro, la aguda crisis generada por la pandemia. La estrategia se concibió en dos etapas: la primera, recuperación pos-COVID-19; y la segunda, fortalecimiento económico para enfrentar la crisis prolongada a escala global. La recuperación pos-COVID-19, para el regreso escalonado y gradual a la normalidad de todas las actividades productivas, económicas y sociales del país, se previó en tres fases (Alonso *et al.*, 2020a).

El inicio de la recuperación y la declaración de cada una las fases estuvieron sujetas a la tendencia positiva de cinco indicadores de evaluación del desarrollo de la epidemia en cada territorio: tasa de incidencia, índice reproductivo, casos activos, número de casos positivos con fuente de infección conocida en los últimos 15 días, y eventos de transmisión local (Díaz-Canel, 2020). El 18 de junio (SE 25) todas las provincias, excepto Matanzas y La Habana, transitaron a la fase 1 de recuperación pos-COVID-19. Estas dos provincias lograrían su tránsito a esta fase el 22 de junio (SE 26) y el 3 de julio (SE 27), respectivamente. Para finales de julio la mayoría de las provincias estaban en la fase 3; La Habana se mantenía en la fase 1; y Mayabeque —provincia colindante con la capital— en la fase 2. La reapertura gradual de centros recreativos, transporte urbano

y otros servicios públicos permitieron retomar de manera parcial la dinámica social y laboral del país, y sentar las bases de la implementación de la estrategia económico-social, aprobada el 16 de julio (SE 29). Sin embargo, durante el mes de septiembre ante una nueva oleada de casos —concentrados fundamentalmente en el occidente del país— se retomaron medidas restrictivas como la limitación de la movilidad poblacional y el confinamiento, entre otras (Redacción Juventud Rebelde, 2020).

Cualquiera que intente reflexionar sobre la efectividad de las medidas contenidas en la respuesta sanitaria al SARS-CoV-2 y a la COVID-19 en Cuba correría el riesgo de subestimar o sobredimensionar su verdadero impacto. El saldo de batallas ganadas y pérdidas dependerá, en gran medida, del momento de la evolución de la epidemia en que se realice este análisis y de los indicadores utilizados para el mismo.

A finales de mayo, medios de prensa internacional excluyeron a Cuba de la lista de países con mejor respuesta ante la pandemia (Redacción Prensa Latina, 2020). La selección se basó en la capacidad para solventar con éxito tres frentes: la gestión sanitaria de la crisis, la conducción política y la respuesta económica (Infobae, 2020). Sin embargo, un estudio realizado 110 días después del primer caso confirmado en el país mostró la eficacia de las medidas implementadas —algunas de ellas exclusivas para Cuba— utilizando dos herramientas analíticas: la comparación de muertes observadas y casos confirmados con los pronósticos de modelos matemáticos; y la estimación de la tasa de reproducción efectiva del SARS-CoV-2. Este estudio plantea que la respuesta sanitaria de Cuba a la epidemia logró aplanar la curva de incidencia de la infección por SARS-CoV-2 y limitar su transmisión, lo que resultó, posteriormente, en un menor número de casos y muertes (Galbán-García y Más-Bermejo, 2020).

De igual manera, para cuando se iniciara la fase 1 de recuperación pos-COVID-19, a la respuesta sanitaria se le reconocían cuatro grandes virtudes: la aplicación temprana, o al menos oportuna, de medidas de mitigación; la vigilancia proactiva masiva de las IRA para la detección temprana de casos clínicamente sospechosos de la enfermedad; el seguimiento exhaustivo de los contactos con aislamiento inmediato de los casos confirmados y sus contactos; y el desarrollo de un programa racional para las pruebas de laboratorio. Asimismo, Cuba clasificaba entre los países latinoamericanos que habían logrado controlar su brote inicial, con medidas de mitigación muy estrictas —según el Índice de Rigurosidad de Oxford⁵— en una etapa temprana de la epidemia. Para ello se consideraban las tendencias positivas de indicadores epidemiológicos como casos confirmados, muertes diarias, casos activos, pacientes recuperados y aparición de eventos de transmisión local (Pérez, 2020).

Para esa misma fecha, el representante de OPS/OMS en Cuba resaltaba algunas de las fortalezas de la respuesta sanitaria cubana: la capacidad organizativa de su sistema de salud pública; la comunicación estratégica desarrollada; y la identificación inmediata de los casos con participación protagónica de la APS. Estas, según su criterio, le habían permitido al país controlar la mayoría de los eventos de transmisión local; y disminuir el número de casos por día. Planteaba, además, que las medidas de prevención y control, materializadas en el aislamiento social, contuvieron satisfactoriamente la propagación del virus y permitieron al país concentrar sus esfuerzos en la observación epidemiológica y el tratamiento médico a los grupos afectados (Redacción Digital de Granma, 2020b). Meses más tarde plantearía que, a pesar del rebrote ocurrido, el enfrentamiento a la COVID-19 en Cuba era efectivo; destacando el inicio de la

5 Traducción de *Oxford Stringency Index*, registra el rigor de las políticas “estilo de bloqueo” que restringen principalmente el comportamiento de las personas (Hale *et al.*, 2020).

gestión epidemiológica y de laboratorio en la APS, y el trabajo en redes con un plan nacional único. Asimismo, reconocía el valor otorgado a la ciencia, a la tecnología y a la innovación; y la capacidad técnica y disposición del personal de salud para movilizarse en apoyo solidario a otros países (Barbosa, 2020).

Para el 7 de octubre (SE 41), Cuba había reportado 5 917 personas contagiadas con el virus; una letalidad de 2,079; un 91% de pacientes recuperados; y un 7% de casos activos. Indicadores cuyos valores ubicaban al país en una posición privilegiada en América Latina y a escala global (Alonso *et al.*, 2020b). Teniendo en cuenta estos indicadores, el Estado se replanteó la estrategia de enfrentamiento a la COVID-19. Su actualización permitiría al país convivir con la enfermedad con el mínimo riesgo posible —lo que se ha dado a llamar la *nueva normalidad*— y reanimar su actividad económica y social al mismo tiempo.

En este escenario, se redujo el plan inicial de prevención y control de la COVID-19 de 220 a 190 medidas. Se instó al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; al control y cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias; así como a la puesta en vigor de otras disposiciones que aseguren la protección de la salud, con la participación responsable de las personas, a partir de la adopción de nuevos estilos de vida. Particularmente, se acordó mantener la pesquisa activa y la vigilancia de personas con síntomas respiratorios en unidades cerradas, grupos vulnerables y áreas de riesgo; implementar los protocolos de actuación establecidos ante la detección de casos positivos; realizar PCR en tiempo real a personas con enfermedades respiratorias agudas graves, incluidos los pacientes fallecidos por esas afecciones; ingresar en su domicilio a los contactos de casos confirmados, excepto a los adultos mayores, a aquellos que no tengan condiciones en su hogar y a quienes por su conducta no

puedan aislarse disciplinadamente; y ampliar la red de laboratorios en el país, con el objetivo de que cada provincia tenga el suyo; entre otras (Alonso *et al.*, 2020b).

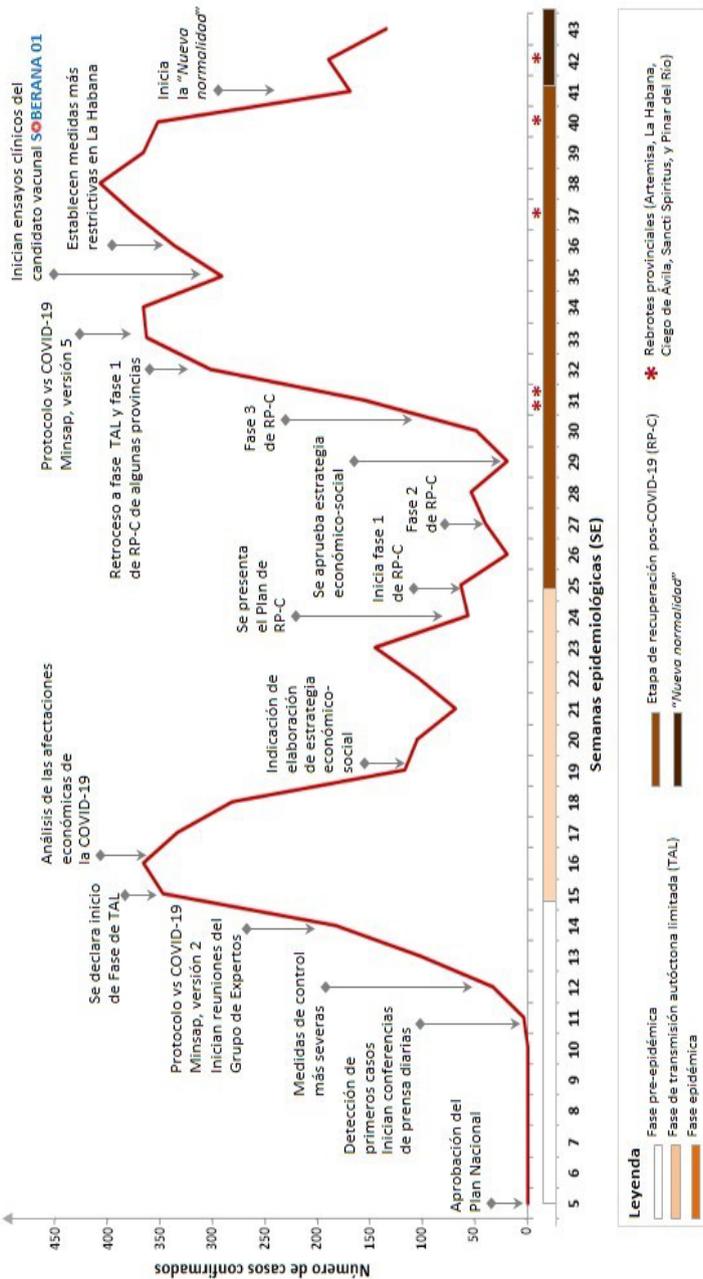
Al decir del presidente cubano, el complejo contexto mundial que se estaba viviendo se hizo más incierto y desesperanzador con la llegada de la COVID-19. Particularmente en Cuba, la pandemia se dio en una realidad sumamente desafiante —agresividad del bloqueo y persecución financiera, e implementación de la estrategia económica y social— a la que se hizo frente con una respuesta organizada que puso en práctica los preceptos de la voluntad política, la participación ciudadana y la intersectorialidad. Trascurridos 7 meses de enfrentamiento a la COVID-19 —con sus avances y retrocesos— podría decirse, parafraseando al mandatario cubano, que se adoptó una “estrategia eficaz y con resultados” (Alonso *et al.*, 2020b). En la actualidad (SE 43), en el país se contabilizan un total de 97 eventos de transmisión local (Figueredo *et al.*, 2020); 6 595 casos confirmados y 128 fallecidos (Redacción MINSAP, 2020).

El Gráfico 3 sistematiza la evolución de la epidemia en Cuba y sus principales hitos desde la aprobación del Plan para la Prevención y Control del SARS-CoV-2 y la COVID-19 hasta el inicio de la *nueva normalidad*.

Retos enfrentados y lecciones aprendidas para futuras contingencias epidemiológicas

Probablemente el SARS-CoV-2 y la COVID-19 sean solo una de las múltiples emergencias sanitarias del mundo globalizado que Cuba estará por afrontar. Es por ello que es menester problematizar sobre los retos enfrentados y los posibles factores asociados a los avances y retrocesos observados en la respuesta a esta contingencia epidemiológica.

Gráfico 3. Evolución de la epidemia de COVID-19 en Cuba y algunos de sus principales hitos, semanas epidemiológicas



La pandemia tendrá, y de hecho ya tiene, implicaciones para la economía de los países, la organización de los servicios de salud, la gobernanza, el comercio, las migraciones, la cultura, la familia, las relaciones humanas, las políticas sociales, la interrelación de lo público y lo privado, por solo mencionar algunos aspectos. Todas las esferas de la vida individual y social se han estado replanteando. Pero este nuevo planteamiento, en todos los casos, no se revierte en el beneficio de la mayoría. Uno de los factores más desafortunados del SARS-CoV-2 y la COVID-19 es que ha golpeado, de manera particularmente dura, a las minorías y a las poblaciones más pobres en todo el mundo. Puso en evidencia y agudizó las dificultades de estos grupos sociales para acceder a una educación sanitaria adecuada y a una buena salud pública (Mizrahi y Benavides, 2020).

Mientras que en muchos países personas con determinadas características (por ejemplo, adultos mayores) pasan a engrosar la lista de los que no clasifican o de los prescindibles, en el caso particular de Cuba es meritorio destacar la intención gubernamental de “no dejar a nadie desamparado”. El propio Ministro de Salud destacó las fortalezas del SNS, cuya máxima prioridad es que los pacientes no enfermen y, en caso de que ocurra, estos no lleguen a la gravedad ni fallezcan (Figueredo *et al.*, 2020). Es por ello que se han establecido protocolos de actuación —con acciones que “comienzan y terminan en la comunidad” (Figueredo *et al.*, 2020)— y se han organizado los servicios de salud para garantizar la atención de los sintomáticos, los asintomáticos, los contactos, los viajeros y el personal médico bajo vigilancia, sin distinguir sexo, edad, procedencia social, e incluso irresponsabilidad e incumplimiento de las medidas de protección. Cuba ha salvado a más del 80% de los casos confirmados y no ha tenido que lamentar la muerte de niños, embarazadas o médicos que prestan servicio en el territorio nacional (Figueredo *et al.*, 2020). Asimismo, ninguna de las

muertes ocurridas fue ocasionada por exclusión social o colapso de las instituciones sanitarias.

Una confrontación de las cifras nacionales (incidencia, letalidad, pacientes recuperados) en relación con las reportadas en la región y a escala global conduce a una interpretación exitosa del enfrentamiento a la pandemia en Cuba. Lo que ha generado, en la mayoría de los casos, el discurso triunfalista de diversos comunicadores o servidores públicos, que se ha traducido en una mayor confianza de la población. Generar confianza y credibilidad no es malo *per se*, de hecho, es el principio clave de la comunicación de riesgo (OPS, 2020); y ha ayudado desde inicios de la epidemia en el país a mitigar el miedo y evitar el caos social. Sin embargo, infundir más tranquilidad de la necesaria —en un escenario matizado por la incertidumbre sobre algunos aspectos del virus y la enfermedad, y los avances y retrocesos en la evolución nacional e internacional de la pandemia— puede desatar efectos contraproducentes en la percepción de riesgo y la movilización social.

Algunas lecturas de la curva de incidencia —compartidas en medios nacionales en el mes de junio— condujeron a la flexibilización de las medidas sanitarias y al restablecimiento de las actividades sociales y recreativas en la mayor parte del territorio nacional. A nuestro juicio, los mensajes que acompañaron los cambios en la estrategia debieron ser más enfáticos en la posibilidad de nuevos rebotes, así como en la necesidad de garantizar la disciplina social y la responsabilidad individual en el cumplimiento de las medidas establecidas. Aspectos que —acompañados del establecimiento de sanciones jurídicas más severas para el control de la pandemia— se abordaron con mayor rigor a partir de los rebotes posteriores en diferentes provincias del país.

La estrategia cubana de enfrentamiento a la pandemia es una amalgama de medidas que son efectivas, desde el punto de vista técnico, en relación con los mecanismos de transmisión del virus, cuya implementación depende, en gran medida, de aspectos económicos, culturales y sociales de individuos, grupos poblacionales y territorios. Existen puntos álgidos en la implementación de estas medidas por parte del personal y de las estructuras de salud, tales como: la inmediatez de la respuesta, la organización eficiente y la calidad de los servicios, el establecimiento de turnos de trabajo oportunos para el personal de primera línea de atención, la aceptabilidad y sostenibilidad de las acciones, y los costos asociados, por solo mencionar algunos, los cuales se expresan de manera diferenciada en cada territorio.

La respuesta de la población al llamado a la disciplina social y a la responsabilidad individual en el cumplimiento de las medidas sanitarias está permeada por brechas de equidad. La precariedad económica del país —cuyas limitadas fuentes de ingresos se han visto seriamente deprimidas durante la pandemia— generó el desarrollo de acciones para satisfacer las demandas de la población y facilitar el cumplimiento de las medidas de distanciamiento físico: distribución equitativa de productos de primera necesidad por la canasta básica; normalización de los suministros en la red de comercio minorista; y atención diferenciada a grupos vulnerables y áreas en cuarentena (Hernández, Pérez y Fonte, 2020). La implementación de estas acciones se dio de manera diferenciada en relación con las características de los territorios, tales como: gobernanza, organización de los servicios, infraestructura de comercio, densidad poblacional, y desarrollo industrial, entre otros. Las condiciones de vida, los ingresos y la resiliencia familiar para enfrentar la vida cotidiana en el escenario actual —entre otras dimensiones de

equidad social y su interseccionalidad⁶— también impactan en la manera en que los individuos vivencian y afrontan el cumplimiento de las medidas sanitarias. Las brechas de equidad moldean el riesgo de exposición al virus, por lo que ameritan ser tomadas en cuenta para la definición de grupos vulnerables; y ser mejor abordadas desde una perspectiva multidimensional y transdisciplinaria (Hernández *et al.*, 2020).

Por último, y no menos importante, Cuba no escapa al dilema salud *versus* economía que ha generado la COVID-19. La peculiaridad es que, para Cuba, a pesar de ser un país de bajos ingresos, fallar a favor de la economía no es una opción, si esto implica desestimar el compromiso con la salud de la población. Sin embargo, la propia dinámica de la pandemia, los rebrotes ocurridos, así como los inevitables estragos sanitarios y sociales en la economía nacional —por concepto de aislamiento, hospitalización, garantías salariales, protección a grupos vulnerables, y disminución de los ingresos debido al cierre parcial de la producción de bienes y servicios, así como por la reducción de las exportaciones, entre otros— suponen la búsqueda de un punto intermedio entre salud y economía. Por este camino transita el país (Alonso *et al.*, 2020b), pero esto va más allá del levantamiento de las medidas de confinamiento, la reapertura de actividades sociales, y de producción y servicios en aquellos lugares con una situación epidemiológica más controlada. Requiere, además, cambios en el imaginario social cubano sobre la responsabilidad en salud, la que tradicionalmente ha recaído en el SNS y el Estado como resultado de un patrón predominantemente paternalista en relación con la salud de la población.

Las medidas aplicadas en Cuba para contener la expansión del virus y el número de personas infectadas, desestimando su

6 Construcción teórica que permite comprender la manera en que las identidades sociales y políticas de las personas se intersectan y crean sistemas de discriminación múltiple (Etherington *et al.*, 2020).

costo, hicieron eco de lo que algunos denominan “pánico mundial”. Este dio como resultado la implementación en un país tras otro del cierre de fronteras, confinamientos, entre otras; sin una discusión sólida sobre los costos, pues estos eran caracterizados como mero daño económico. Sin embargo, no se debe desestimar que este puede causar daño sanitario a corto, mediano, y largo plazo (Mizrahi y Benavides, 2020). Particularmente para Cuba, el daño económico generado por la COVID-19 podría ir en detrimento de muchos de los indicadores de salud alcanzados. Es por ello que la selección de la modalidad más adecuada para la mitigación de epidemias en el país requiere que se tomen en cuenta los costos y beneficios de estrategias con distintos niveles de rigurosidad, así como sus efectos indirectos y a largo plazo. Aunque deseable, una política pública racional para el enfrentamiento de contingencias epidemiológicas como la presente no es siempre posible (Ahdar, 2020).

La respuesta sanitaria cubana a la pandemia y todas las medidas implementadas no son la panacea para futuras contingencias epidemiológicas en el país. Los aspectos presentados a lo largo del capítulo han actuado como facilitadores y barreras. A juicio de las autoras —como ilustra el Cuadro 1— estos aspectos pueden ser clasificados, a su vez, como factores dinámicos y estáticos en dependencia de la posibilidad real de accionar sobre ellos a corto y mediano plazo; y de su gestión adecuada (Pérez *et al.*, 2018) por parte de las autoridades gubernamentales y sanitarias a lo largo del proceso de enfrentamiento al SARS-CoV-2 y a la COVID-19.

Cuadro 1. Facilitadores y barreras estáticas y dinámicas de la respuesta sanitaria cubana al SARS-CoV-2 y a la COVID-19

| | Facilitadores | Barreras |
|----------------------------------|---|---|
| <p>Factores Dinámicos</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Estructura y principios del SNS -Capacidad de respuesta a emergencias sanitarias -Plan Nacional de enfrentamiento a la pandemia flexible y contextualizado -Fortalezas de la APS para la detección, clasificación y seguimiento de casos -Coordinación intersectorial en la implementación de las medidas sanitarias -Capacitación del personal técnico en todos los niveles del SNS -Estrategia de comunicación de riesgo con vocero y canales oficiales -Articulación de la ciencia y la gestión gubernamental en función de la salud -Disponibilidad de tratamientos profilácticos y terapéuticos -Candidatos vacunales cubanos en fase de ensayo -Experiencia internacional en el enfrentamiento a la pandemia -Solidaridad médica -Estrategia económico-social para atenuar los impactos de la pandemia | <ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento inicial del virus y la enfermedad -Incidencia de la enfermedad y riesgos de transmisión -Diferentes niveles de inmediatez en la respuesta y de implementación de los protocolos de actuación -Discurso triunfalista sobre evolución de la pandemia en el país -Paternalismo e imaginario social sobre responsabilidad estatal de la salud -Percepción y comportamientos de riesgo inadecuados en la población -Indisciplina social (incumplimiento de las medidas de protección personal y de contención de la transmisión). -Limitado abordaje multidimensional y transdisciplinario de las brechas de equidad y de la vulnerabilidad individual -Gastos asociados a la pandemia, decrecimiento de la producción de bienes y servicios, y disminución de las exportaciones e importaciones -Análisis insuficiente de costo-efectividad de las diversas estrategias de mitigación |

| | Facilitadores | Barreras |
|---------------------------|--|--|
| Factores Estáticos | <ul style="list-style-type: none"> -Accesibilidad, gratuidad y cobertura universal de los servicios de salud -Financiamiento estatal del SNS -Situación sanitaria precedente en el país -Voluntad política del gobierno y las autoridades de salud -Experiencias en el manejo de emergencias sanitarias previas -Preparación del plan de prevención anticipado a la emergencia sanitaria en el país -Protocolos de actuación estandarizados | <ul style="list-style-type: none"> -Precariedad económica del país e ingresos altamente dependientes del turismo -Bloqueo económico y persecución financiera de Estados Unidos -Proporción significativa de población con predisposición a la gravedad -Desigualdades socioeconómicas de los territorios que inciden en el cumplimiento del confinamiento (infraestructura, densidad poblacional, servicios, etc.) |

Consideraciones finales

Los logros de la salud cubana, incluso para aquellos que intentan minimizarlos, son innegables. Estos han sido el resultado, entre otros aspectos, de la voluntad política del Estado de garantizar la salud de la población. La respuesta sanitaria a la COVID-19 no es la excepción. El enfrentamiento a la amenaza multisistémica que representó la pandemia y los resultados alcanzados hasta la fecha ponen en evidencia la cohesión social, el esfuerzo conjunto de múltiples sectores e instancias gubernamentales, y la imbricación de lo público y lo privado, y de la ciencia y la gestión gubernamental. No obstante, persisten desafíos asociados a la responsabilidad individual en salud; al abordaje de las brechas de equidad y su relación con la vulnerabilidad de los individuos; así como a la selección de estrategias costo-efectivas y sostenibles sin menoscabar el derecho inalienable de los individuos a la salud.

Agradecimientos

Agradecemos a Yosiel Molina Gómez, Alicia Reyes Jiménez, Alina Martínez Rodríguez, Dayana Rodríguez Velázquez, Ángel Miguel Germán Almeida, Rodilcia Castillo Frías, Osvaldo Méndez Díaz y Waldemar Baldoquín Rodríguez por sus valiosas contribuciones.

Referencias bibliográficas

- Acosta, B. *et al.* (2017). Una década de progresos en la vigilancia de laboratorio de los virus influenza en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 69(3), pp. 1-16. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602017000300005.
- Acosta, B. *et al.* (2012). Rapid diagnosis of pandemic (H1N1) 2009 in Cuba. *Emerging infectious diseases*, 18(2), p. 336. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310444/>.
- Ahdar, R. (2020). Reflecting upon the costs of lockdown. *The Western Australian Jurist*, 11 (Protecting Fundamental Rights in the Age of Covid-19).
- Alfonso, M. A. *et al.* (2000). Consejería cara a cara en VIH/sida. Experienciasu en Cuba. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/consejeria_cara_a_cara_en_vih.pdf
- Alonso, R., *et al.*(2020a). Gobierno cubano informa sobre medidas para la recuperación tras la epidemia de la COVID-19. *Cubadebate*. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/06/11/gobierno-cubano-informa-medidas-para-la-recuperacion-tras-la-epidemia-de-la-covid-19/#anexo-1381187>.
- Alonso, R. *et al.* (2020b). Gobierno cubano con tres prioridades: Enfrentamiento a la COVID, batalla contra el bloqueo y estrategia económico-social. *Cubadebate*. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/10/08/gobierno-cubano-examina-en-la-mesa-redonda-temas-de-la-actualidad-nacional-video/#anexo-1435171>
- Altamirano, A. (2019). La cooperación médica cubana ¿Diplomacia pública? *Revista Política Internacional*, 1, pp. 65-80. Recuperado de http://rpi.isri.cu/sites/default/files/2020-01/RPIDNo.1_08_dipl.pdf
- Balmford, B. *et al.*(2020). Cross-Country Comparisons of Covid-19: Policy, Politics and the Price of Life. *Environmental and Resource Economics*, 76(4), pp. 525-551. doi: 10.1007/s10640-020-00466-5.
- Barbosa, N. (2020). Reconocen enfrentamiento efectivo de Cuba a la pandemia. *Granma*. Órgano Oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/06/11/gobierno-cubano-informa-medidas-para-la-recuperacion-tras-la-epidemia-de-la-covid-19/#anexo-1435171>

- granma.cu/cuba-covid-19/2020-09-06/reconocen-enfrentamiento-efectivo-de-cuba-a-la-pandemia-06-09-2020-21-09-26.
- Candelaria, J. C. *et al.* (2020). Primera comunidad en cuarentena por la COVID-19 de Cuba. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v24n3/1561-3194-rpr-24-03-e4485.pdf>
- Castro, M. A. *et al.* (2020). Capacitación para la COVID-19: Experiencias del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 57. Recuperado de <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/669/1035>.
- Chaple, E. B. *et al.* (2020). Primer acercamiento histórico-epidemiológico a la COVID-19 en Cuba. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), p. 862. Recuperado de <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/862/866>.
- Cooper, R. S., Kennelly, J. F. y Ordunez-García, P. (2006). Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), pp. 817-824.
- Coutin, G., Bacallao-Gallestey, J. y Castellanos-Serra, L. (2020). Cuba's Pedro Kourí Tropical Medicine Institute: Battling COVID-19 One Study, One Test, One Patient at a Time. *MEDICC Review*, 22(2), pp. 40-44. doi: 10.37757/MR2020.V22.N2.11.
- Cyranoski, D. (2020). Scientists are quickly piecing together how the new coronavirus operates, where it came from and what it might do next, but pressing questions remain. *Nature*, 581, pp. 22-26.
- De Vos, P. (2005). "No one left abandoned": Cuba's National Health System since the 1959 Revolution. *International Journal of Health Services*, 35(1), pp. 189-207.
- Díaz-Canel, M. (2020). *Etapas de recuperación pos COVID-19. Medidas a implementar en sus tres fases*. La Habana: Editora Política Recuperado de <https://temas.sld.cu/coronavirus/files/2020/06/Etapa-de-recuperacion-3-b3n-pos-COVID-19-medidas-a-implementar-en-sus-tres-fases-jun2020.pdf>

- Díaz-Canel, M. y Núñez, J. (2020). Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), p. 881. Recuperado de <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/881/887>
- Domínguez-Alonso, E. y Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53, pp. 168-176. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
- Ebrahim, S. *et al.* (2014). Ebola control: the Cuban approach. *The lancet*, 384(9959), p. 2022.
- Etherington, N. *et al.* (2020). Applying an intersectionality lens to the Theoretical Domains Framework: a tool for thinking about how intersecting social identities and structures of power influence behaviour. *BMC Medical Research Methodology*, 20, p. 169. doi:10.1186/s12874-020-01056-1.
- Figueredo, O. *et al.* (2020, 27 octubre 2020). Ministro de Salud: En Cuba se ha recuperado el 91.3% de los enfermos de COVID-19. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/10/27/ministro-de-salud-en-cuba-se-ha-recuperado-el-91-3-de-los-enfermos-de-covid-19/>
- Fonte, L. y García, G. (2020). SARS CoV-2 ¿el más letal coronavirus? *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 57. Recuperado de <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/437/384>.
- Galbán-García, E. y Más-Bermejo, P. (2020). COVID-19 in Cuba: Assessing the National Response. *MEDICC Review*, 22(4). doi:10.37757/MR2020.V22.N4.5.
- Gálvez, A. *et al.* (2018). Economic considerations on Cuban public health and its relationship with universal health. *Considerações econômicas sobre a saúde pública cubana e sua relação com a saúde universal*. [Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la salud universal]. *Rev Panam Salud Publica*, 42, e28-e28. doi: 10.26633/RPSP.2018.28.
- González, L. *et al.* (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia:

- desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev Panam Salud Publica*, 42(e31). doi: 10.26633/RPSP.2018.31.
- Guzmán, M. G. (2020). El Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, IPK, en el enfrentamiento a la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2). Recuperado de <http://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/614/347>.
- Guzmán, M. G. *et al.* (2017). A 80 años de la fundación del Instituto de Medicina Tropical, hoy Instituto de Medicina Tropical” Pedro Kourí”, IPK. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 69(3), pp. 1-4. Recuperado de <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/271>.
- Guzmán, M. G., Resik, S. y Kourí, V. (2020). Apuntes sobre la experiencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2). Recuperado de <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/615/346>.
- Guzmán, M. G. *et al.* (2019). Vigilancia de laboratorio de dengue y otros arbovirus en Cuba, 1970-2017. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 71(1), pp. 1-31. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n1/1561-3054-mtr-71-01-e338.pdf>.
- Hale, T. *et al.* (2020). Variation in Government Responses to COVID-19” Version 6.0. Blavatnik School of Government Working Paper. May 25, 2020. Recuperado de www.bsg.ox.ac.uk/covidtracker.
- Hernández, Y., *et al.* (2018). Comunicación para la prevención de arbovirosis: adecuación de iniciativas de la OPS al contexto cubano. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e146. doi: doi.org/10.26633/RPSP.2018.146.
- Hernández, Y. *et al.* (2020). *Improving COVID-19 response: redirecting risk communication efforts towards equity issues*. [Documento no publicado].
- Hernández, Y., Pérez, D. y Fonte, L. (2020). Género y salud ¿Nuevas lecturas en tiempos de COVID-19? *Temas*. Recuperado de <http://>

- cubarte.cult.cu/revista-temas/genero-y-salud-nuevas-lecturas-COVID19/.
- Infante-Ruiz, L. y Silva-Zaldívar, R. (2013). El (VIH/sida) y su regulación jurídica en Cuba/HIV/AIDS and its legal regulation in Cuba. *Ciencias Holguín*, 19(4). Recuperado de <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/809/835>.
- Infobae (2020). La revista Time eligió a los 11 países que mejor responden a la pandemia de coronavirus. Recuperado de <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/06/12/la-revista-time-eligio-a-los-11-paises-que-mejor-responden-a-la-pandemia-de-coronavirus/>.
- Keck, C. W. y Reed, G. A. (2012). The curious case of Cuba. *American Journal of Public Health*, 102(8), e13-e22.
- Kronbichler, A. et al. (2020). Asymptomatic patients as a source of COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 98, pp. 180-186. doi: 10.1016/j.ijid.2020.06.052
- Marimón, N. y Martínez, E. (2010). Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), pp. 254-262. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n3/spu10310.pdf>.
- Martínez, E. et al. (2020). La industria biofarmacéutica cubana en el combate contra la pandemia de COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2). Recuperado de <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/906/895>.
- MINSAP (2006). *Programa de prevención del dengue y erradicación del Aedes aegypti: Etapa de Sostenibilidad*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- MINSAP (2009). *Plan para el enfrentamiento de la pandemia Influenza A (H1N1)*. La Habana: MINSAP. Recuperado de https://files.sld.cu/pdvedado/files/2009/09/final_plan_para_el_enfrentamiento_de_pandemia.pdf
- MINSAP (2016). *Regulaciones para el control sanitario internacional*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

- MINSAP (2020a). Parte cierre del día 21 de marzo del 2020 a las 12:00 de la noche. Recuperado de <https://salud.msp.gob.cu/parte-cierre-del-dia-21-de-marzo-del-2020-a-las-1200-de-la-noche/>.
- MINSAP (2020b). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. La Habana: MINSAP. Recuperado de <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>.
- MINSAP (2020c). *Plan para la prevención y control del nuevo coronavirus (2019-ncov) "neumonía de wuhan"*. La Habana: MINSAP. Recuperado de <https://temas.sld.cu/coronavirus/covid-19/minsap-estrategia-e-indicaciones/>.
- MINSAP (2020d). *Protocolo de actuación nacional para la COVID-19. Versión 1.5*. La Habana: MINSAP. Recuperado de <https://temas.sld.cu/coronavirus/covid-19/minsap-estrategia-e-indicaciones/>.
- MINSAP (2020e). *Brigadas Henry Reeve: 15 años de humana solidaridad*. La Habana: MINSAP. Recuperado de <https://salud.msp.gob.cu/brigadas-henry-reeve-15-anos-de-humana-solidaridad/>.
- Mizrahi, D. y Benavides, S. (2020). Jayanta Bhattacharya, profesor de salud pública de Stanford: "Nos tienen que preocupar 50.000 casos de coronavirus si no causan muertes" Retrieved from <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/09/26/jayanta-bhattacharya-profesor-de-salud-publica-de-stanford-no-nos-tienen-que-preocupar-50000-casos-de-coronavirus-si-no-causan-muertes/>.
- Morales, I. et al. (2012). *Manual de normas y procedimientos técnicos. vigilancia y lucha antivectorial*. La Habana: MINSAP.
- Morales, R. et al. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Publica*, 42:e25. doi: 10.26633/RPSP.2018.25.
- Ojha, V. et al. (2020). CT in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review of chest CT findings

- in 4410 adult patients. *European Radiology*, 1.
- OMS (2020b). Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update-13-april-2020>.
- ONEI (2020). *Anuario Estadístico de Cuba 2019. Capítulo 19: Salud Pública y Asistencia Social*. La Habana. Recuperado de http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/19_salud_publica_y_asistencia_social_2019.pdf.
- OPS (2018). *Cuentas de Salud: un aporte a la eficiencia del sector*. Recuperado de https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_content&view=article&id=806:cuentas-de-salud-un-aporte-a-la-eficiencia-del-sector&Itemid=528.
- OPS (2020). COVID-19. *Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019. Guía para líderes*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-orientaciones-para-comunicar-sobre-enfermedad-por-coronavirus-2019>.
- OPS/OMS (2020). *Alerta Epidemiológica: Complicaciones y secuelas por COVID-19* - 12 de agosto de 2020. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-complicaciones-secuelas-por-covid-19-12-agosto-2020>.
- Peláez, O. et al. (2018). La vigilancia clínica seroepidemiológica del dengue en La Habana, 1997-2016. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 70(2), pp. 1-17. Recuperado de <http://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/314/200>.
- Pérez, A. (2020). The Cuban Strategy for Combatting the COVID-19 Pandemic. *MEDICC Review*, 22(3). Recuperado de <https://mediccreview.org/wp-content/uploads/2020/07/MR-July2020-perez-cuban-strategy-for-combatting-covid19.pdf>.
- Pérez, D. et al. (2016). Traslación a la práctica de estrategias de empoderamiento en la prevención del dengue: facilitadores y barreras.

- Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2). Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28220/v39n2a4_93-100.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Puig, Y. (2020). IPK: donde la pelea es siempre por la vida. *Juventud Rebelde*. Recuperado de <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2020-11-04/ipk-donde-la-pelea-es-siempre-por-la-vida>.
- Rabi, F.A. *et al.* (2020). SARS-CoV-2 and coronavirus disease 2019: what we know so far. *Pathogens*, 9(3), p. 231.
- Ramírez, A., Castell-Florit, P. y Mesa, G. (2003). *El sistema nacional de salud de Cuba*. La Habana: ENSAP.
- Reardon, S. (2016). Mosquito guns and heavy fines: how Cuba kept Zika at bay for so long. *Nature News*, 536(7616), p.257.
- Redacción Digital de Granma (2020a). Consejo Mundial por la Paz registra candidatura de médicos de la Henry Reeve al Nobel de la Paz. *Granma*. Recuperado de <http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-09-26/cuba-ante-el-mundo-medicos-y-no-bombas-26-09-2020-00-09-13>.
- Redacción Digital de Granma (2020b). Destaca representante de OMS y OPS la capacidad de organización y comunicación estratégica de Cuba frente a la COVID-19. Granma. Órgano Oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. *Granma*. Recuperado de <http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-06-29/destaca-representante-de-oms-y-ops-la-capacidad-de-organizacion-y-comunicacion-estrategica-de-cuba-frente-a-la-covid-19-29-06-2020-10-06-24>.
- Redacción Juventud Rebelde (2020). Pandemia y estrategia (algunas fechas señaladas). *Juventud Rebelde*. Recuperado de <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2020-09-12/pandemia-y-estrategia-algunas-fechas-senaladas>.
- Redacción MINSAP (2020). Parte de cierre del día 25 de octubre a las 12 de la noche. Recuperado de <https://salud.msp.gob.cu/parte-de-cierre-del-dia-25-de-octubre-a-las-12-de-la-noche/>.
- Redacción Prensa Latina (2020). Lamentan exclusión de Cuba en lista de mejores países

- contra COVID-19. *Agencia Latinoamericana de Noticias Prensa Latina*. Recuperado de <http://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=369875&SEO=lamentan-exclusion-de-cuba-en-lista-de-mejores-paises-contra-covid-19>.
- Reed, G. (2015). Meet Cuban Ebola fighters: interview with Félix Báez and Jorge Pérez A MEDICC Review exclusive. *MEDICC Review*, 17(1), p. 6. Recuperado de <https://medicreview.org/estadisticas/ppp.php?y=2015&v=1&p=6>.
- Rodríguez, A. (2020). Díaz-Canel en el Instituto Finlay: “Vengo a vacunarme de optimismo”. *Cubadebate*. Recuperado de <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/10/03/avanza-candidato-vacunal-cubano-soberana-01/>.
- Rodríguez, L. (1997). El sida en Cuba. *Papers. Universidad de La Habana*, 52, pp. 177-186.
- Rojas, F. (2003). Modelo de lucha antiepidémica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 7. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu02103.pdf>
- UNVLA (2005). *Propuesta de reordenamiento del trabajo de la campaña anti Aedes aegypti*. La Habana: MINSAP.
- Vela, J. (2018). El Proyecto de Constitución de la República de Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n4/1561-3127-rcsp-44-04-1.pdf>
- Verdasquera, D. et al. (2018). Capacidad de respuesta y desafíos del sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e30. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e30>.
- Vindegard, N. y Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. doi: 10.1038/s41379-020-0603-3.
- Walker, P. et al. (2020). *Report 12: The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression*. Imperial College London.
- Wang, Z. y Tang, K. (2020). Combating COVID-19: health equity matters. *Nature Medicine*, 26(4), pp. 458-458.

- WHO (2016). *Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations*. Geneva.
- WHO (2020a). *Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance, 16 April 2020* (No. WHO/2019-CoV/Adjusting_PH_measures/2020.1). Geneva: WHO: World Health Organization. Recuperado de https://vk.lovebus.cc/a3651/14-3-3/mbbdynughz/iris/bitstream/handle/10665/331773/YIN-6843-hBuX-Qs-rodzghi_JI_aqmdoj-qd-6868.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- WHO (2020b). *Virtual press conference on COVID-19-11 march 2020*. Recuperado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2.
- WHO (2020c). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. Recuperado de [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- Xu, K. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología*: Organización Mundial de la Salud.
- Zaldívar, L. G. y Borrego, A. E. (2018). El sistema de salud cubano: una mirada a su forma de financiamiento. *Economía y Desarrollo*, 160(2).

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).

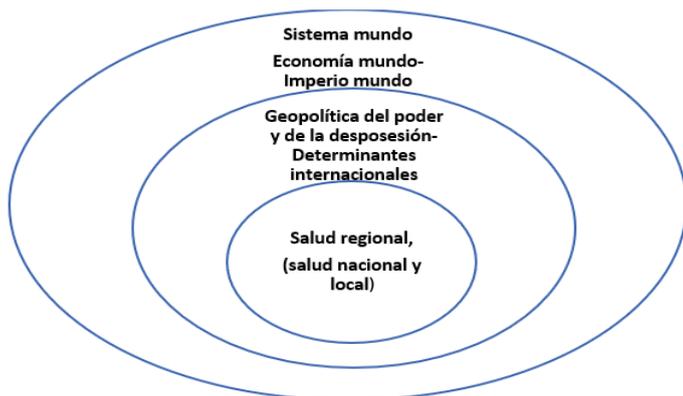
Wallerstein (2006) dirá: “este truco de ilusionismo implica que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados”. Por otro lado, Dos Santos (2020) marca que “desarrollo y subdesarrollo son dos caras de una misma moneda, de un mismo proceso”.

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

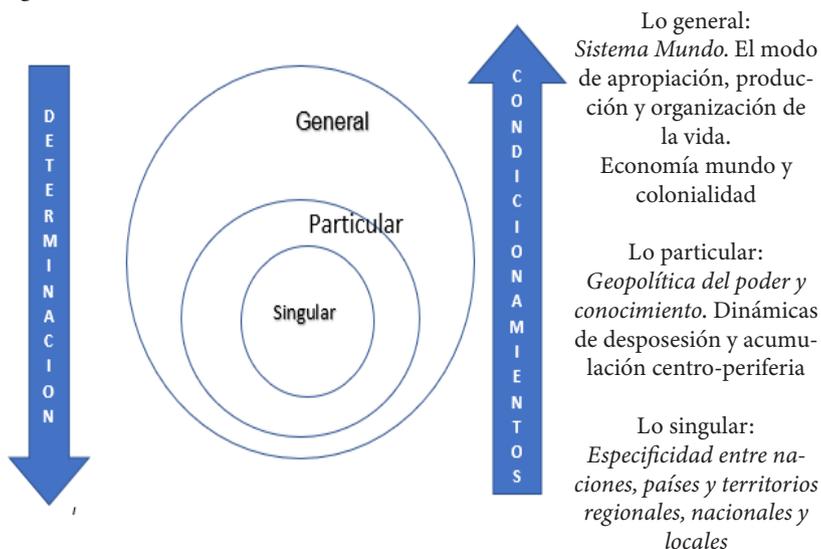
y desiguales, pero especialmente por los reducidos espacios de autonomía y soberanía sanitaria (Basile, 2019).

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

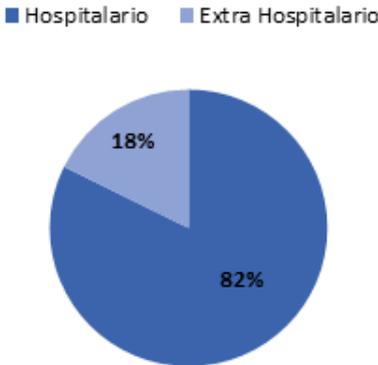
| Causas de muertes | Defunciones por años | | Total acumulado 2017/2018 |
|--|----------------------|-------|---------------------------|
| | 2017 | 2018 | |
| Influenza (gripe) (J09-J11) | 7 | 9 | 16 |
| Neumonía (J12-J18) | 951 | 1 054 | 2 005 |
| Resto de enfermedades del sistema respiratorio | 2 785 | 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.

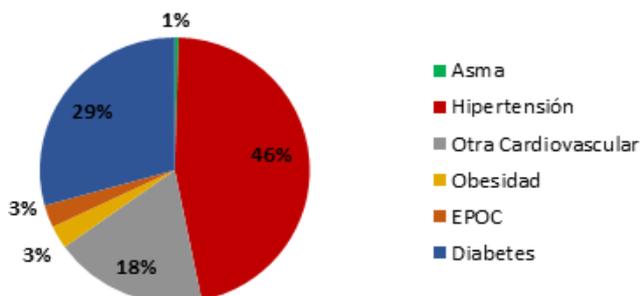
Gráfico 4. Defunciones por COVID-19 según lugar de la muerte.
Año: 2020



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.

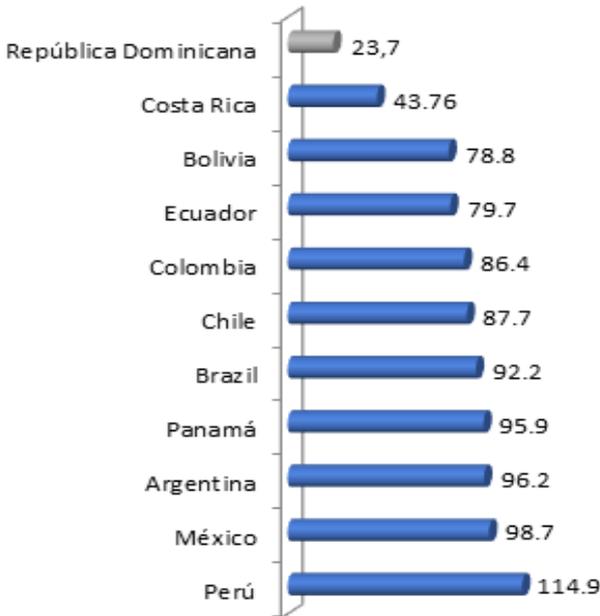
Tabla 2. Tasa de mortalidad cada 100 000 habitantes, según provincia. Año 2020

| 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 |
| Españillat | 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).

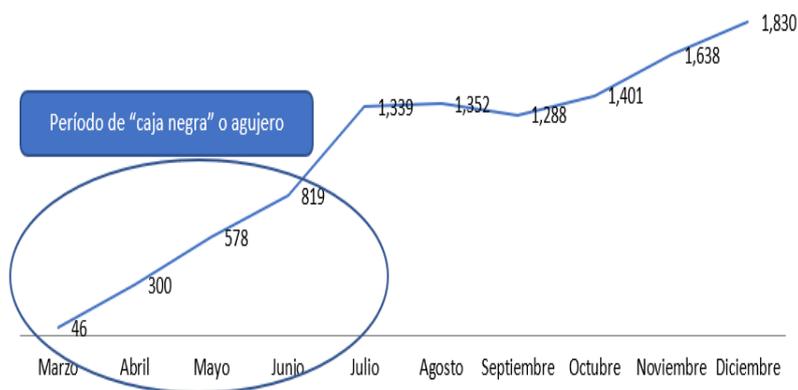
Bajo estos condicionantes en el trimestre inicial fue donde justamente se implantó una parálisis social, con la hipótesis de cuarentenas experimentales como mecanismo de control de epidemias poblacionales en sociedades excluyentes, cuando en realidad ese período se transformó más en un *agujero* de conocimiento 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. 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 inter-

venciones 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 ingenieron 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 de 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 institu-

6 En latín *Potestas y Autoritas* significa “poder y autoridad”.

ciones 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 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

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

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.

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

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

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

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 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 simplificadaamente 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 *triatges* 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 in-
ternamiento 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 po-
lítico-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 enfermería/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 recrudecimiento 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 territoriales 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 aislamiento 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 ex-

traordinaria 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 predicciones 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).

La COVID-19 ha generado en el mundo una crisis global, pero sus consecuencias han tenido un impacto diferenciado en los distintos grupos sociales, en los cuales se han reforzado las desventajas de aquellos que, previo al surgimiento de esta pandemia, se encontraban ya en situaciones de exclusión y vulnerabilidad.

Partiendo de esta premisa, quince investigadoras e investigadores de Cuba y República Dominicana analizan los efectos de la COVID-19 en los ámbitos de salud, educación, género, grupos vulnerables, y empleo y seguridad social. Desde diversas disciplinas y distintos posicionamientos teórico-metodológicos, realizan una lectura crítica de las fortalezas, los desaciertos y los vacíos existentes en el diseño y aplicación de las políticas públicas que ambos países del Caribe han implementado para enfrentar la actual crisis internacional.

