

La desigualdad es la peor pandemia¹

JOAN BENACH

Todo el mundo sabe que el barco está agrietado, todo el mundo sabe que el capitán mintió... Todo el mundo habla con sus bolsillos, todo el mundo quiere una caja de bombones y una rosa de largo tallo... Todo el mundo sabe que se acerca la Peste. Todo el mundo sabe que avanza deprisa... Todo el mundo sabe que la lucha estaba amañada. Los pobres siguen siendo pobres, los ricos se hacen ricos. Así va la cosa. Todo el mundo lo sabe.

Leonard Cohen

Creo que estamos ciegos. Ciegos que ven, ciegos que, viendo, no ven.

José Saramago

Casi todas las enfermedades interactúan dentro de un contexto social caracterizado por la pobreza, las privaciones materiales y desigualdades sociales crecientes. También en el caso de la COVID-19 observamos cómo la *confluencia simultánea de numerosos determinantes sociales* –como las condiciones de empleo y trabajo (donde se incluye el trabajo doméstico y de cuidados), la riqueza y su distribución, la accesibilidad y condiciones de vivienda, el tipo de transporte y movilidad, los servicios disponibles (incluyendo los sanitarios y sociales), y el entorno ambiental, entre otras, generan cambios significativos en los indicadores de salud en determinadas áreas geográficas y grupos sociales. Por ejemplo, el mayor riesgo de contagio que sufren grupos de población

¹ Partes de este texto han sido previamente publicadas en la entrevista de Elena Parreño a Joan Benach titulada «La desigualtat social és la pitjor de les pandèmies», publicada en *Critic*, 15 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.elcritic.cat/entrevistes/joan-benach-la-desigualtat-social-es-la-pitjor-de-les-pandemies-85510> (reproducida y ampliada en castellano en la revista *Ctxt* con el título «Para que las vacunas sean un bien común hace falta una respuesta geopolítica que libere las patentes», 7 de abril de 2021, disponible en: <https://ctxt.es/es/20210401/Politica/35603/Joan-Benach-entrevista-vacunas-patentes-covid-desigualdad-miedo-neofascismo.htm>); el artículo de Juan M. Pericàs y Joan Benach, «Las políticas para afrontar la pandemia pueden mejorar la salud pero aumentar las desigualdades», *Ctxt*, 30 de septiembre de 2020, disponible en: <https://ctxt.es/es/20200901/Firmas/33549/politicas-publicas-confinamientos-desigualdad-salud-juan-pericas-joan-benach.htm>; y la entrevista de Emma Pons a Joan Benach, «Necesitamos una "vacuna social"», *Sin Permiso*, 24 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.sinpermiso.info/textos/necesitamos-una-vacuna-social-entrevista-a-joan-benach>

precarizados, desahuciados y migrantes, entre otros, a causa de la posibilidad o no de teletrabajar, mantener la distancia social y usar (y poder cambiar con frecuencia) mascarillas, vivir en lugares no hacinados, desplazarse de forma segura, o sencillamente poder permitirse una atención sanitaria y de cuidados de calidad.

En la COVID-19 observamos cómo la confluencia simultánea de numerosos determinantes sociales generan cambios significativos en los indicadores de salud

Además, fruto en gran parte de sus condiciones sociales, estos grupos sufren también más factores de riesgo y enfermedades (hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedades del corazón, etc), lo cual les hace más susceptibles a que el coronavirus produzca un impacto más grave. Todos esos factores conforman las condiciones de vida y trabajo de la gente, en lo que desde hace años los especialistas de salud pública suelen llamar “*determinantes sociales*” de la salud y la desigualdad, que en gran medida conforman la salud de los grupos sociales.

Como ha señalado el historiador y urbanista Mike Davis, el coronavirus es una «constelación de epidemias»² generada por factores socioeconómicos y sanitarios estrechamente interrelacionados que sinérgicamente aumentan la probabilidad de ser contagiado, enfermar y morir.³ Así pues, para entender adecuadamente las desigualdades de salud, debemos cambiar el concepto de “vulnerabilidad” por el de “determinación social de la salud”.⁴

Durante la actual pandemia, la clase social, la raza o la etnicidad, la edad, la situación migratoria y el lugar donde se vive son los determinantes de salud fundamentales que explican tanto las acusadas diferencias observadas en la incidencia y en la mortalidad producida por el coronavirus. Por ejemplo, las clases trabajadoras más precarizadas se desplazan desde el extrarradio hasta el centro para realizar los servicios de limpieza, mantenimiento, reparto, cuidados, etc. Este es un factor determinante, aunque no el único, que explica por qué los brotes de la

² Mike Davis, *Llega el monstruo. COVID-19, gripe aviar y las plagas del capitalismo*, Capitán Swing, Madrid, 2020.

³ Es por ello que, ante la COVID-19, diversos investigadores científicos, más que hablar de pandemia hablan de “sindemia”. Ver, por ejemplo, Richard Horton, «Offline: COVID-19 is not a pandemic» *Lancet*, 2020, vol. 396, núm. 10255, P.874, disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

⁴ Joan Benach, *La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades*, Icaria, Barcelona, 2020.

pandemia no se distribuyen aleatoriamente sino que se concentran en los barrios más pobres de ciudades como Madrid o Barcelona. Además, la COVID-19 confirma también la conocida existencia de *un gradiente social de la salud*, es decir, a medida que empeora la situación socioeconómica de los grupos sociales y los barrios, también empeora gradualmente la salud.⁵ Por todo ello, las autoridades políticas deben tener en cuenta la determinación social de la salud y el impacto de las intervenciones en las desigualdades no solo en el corto plazo para enfrentar la COVID-19, sino también con una mirada a largo plazo que sitúe la actual pandemia como un eje más de la crisis sistémica que debemos atajar en la próxima década. Por otro lado, el grueso de la población debería poder también estar informada y concienciada, no solo porque tanto en España como en el resto del mundo todo indica que nos enfrentaremos a brotes recurrentes de la COVID-19 con un fuerte impacto poblacional, sino porque las desigualdades de salud no dejarán de aumentar.

La desigualdad social incrementa una desigualdad pandémica

España es uno de los países más desiguales de la UE-15. La fuerte brecha entre ricos y pobres tiene mucho que ver con la especial estructura productiva del país (centrada en los sectores de la construcción, inmobiliario y turístico), unas políticas redistributivas y Estado del bienestar débiles, y un mercado laboral y de vivienda altamente precarizados. Tras la Gran Recesión de 2008, la “recuperación económica” de 2014 a 2019 se vio acompañada de una pobreza y precariedad cada vez más estructural, especialmente entre unos jóvenes, mujeres, migrantes y clases populares que sufren unos altos niveles de pobreza, desempleo, precarización laboral, desahucios, exclusión social, servicios sociales deficientes, etc.⁶ Durante esos mismos años, las políticas de austeridad neoliberal impulsadas por las elites capitalistas españolas⁷ con el apoyo y connivencia de la UE y las grandes instituciones internacionales (FMI, BM, OCDE), mercantilizaron cada vez más los servi-

⁵ Joan Benach y Carles Muntaner, *Aprender a mirar la salud*, El Viejo Topo, Barcelona, 2005.

⁶ Entre 2000 y 2010 España construyó más viviendas que Alemania, Italia, Gran Bretaña y Francia juntas llegando a generar 3,4 millones de viviendas vacías, un tercio de toda Europa. El mercado de la vivienda sigue controlado por oligarquías inmobiliarias (bancos, especuladores y fondos de inversión como Blackstone que ya es el principal casero) que generaron una burbuja hipotecaria y después una del alquiler. Actualmente un 38% de las familias españolas dedican más de un 40% de sus ingresos a pagar su alquiler. Ver: Joan Benach, Pere Jódar, Ramón Alòs, «La civilización del malestar: precarización del trabajo y efectos sociales y de salud», *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 2020, núm. 150, pp.23-43.

⁷ Albert Recio Andreu, «Las élites capitalistas españolas entre dos crisis». *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*. 2020;151:23-33.

cios sociales, la sanidad y la educación. Por ejemplo, en 2019 solo Rumanía tenía una tasa de trabajadores pobres más alta que España en toda la UE,⁸ y a principios de 2020, antes de empezar la pandemia, el relator de Naciones Unidas Philip Alston señaló que España era un “país roto” que había abandonado a las personas

Es necesaria una mirada a largo plazo que sitúe esta pandemia como un eje más de la crisis sistémica que hay que atajar en la próxima década

en situación de pobreza y que no tomaba en serio los derechos sociales.⁹ El “shock pandémico” ha empeorado la situación.¹⁰ Según la Organización Mundial del Trabajo (OIT), en la segunda mitad de 2020 España fue el país de Europa donde más aumentó la desigualdad salarial (57%) debido a la pandemia hasta alcanzar una ratio de 36,1 entre el decil más alto y el más bajo.¹¹ La causa fue sobre

todo la pérdida de empleo y reducción de horas de trabajo en ocupaciones “esenciales” (hostelería, comercio, turismo) con bajos salarios, que se vieron más afectadas por las restricciones, sobre todo en el caso de las mujeres.

Estamos pues ante una *pandemia de desigualdad generada socialmente*.¹² Se estima que la “desigualdad pandémica” ha aumentado la pobreza en un millón de personas hasta alcanzar casi 11 millones de personas (23% de la población) que sobreviven con poco más de 700 euros al mes, muchos de los cuales están en

⁸ Instituto de Economía de Barcelona (IEB) / Instituto de Estudios Fiscales (IEF), *La pobreza en España y Europa: efectos del COVID-19*, IEB Report 4/2020.

⁹ Alston añadió que había asentamientos cuyas condiciones «rivalizan con las peores que ha visto en cualquier parte del mundo», y también áreas que, por su escasez de servicios, centros de salud, empleo, carreteras o electricidad, «muchos españoles no reconocerían como partes de su propio país». Ver: Declaración del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Philip Alston, sobre la conclusión de su visita oficial a España, 27 de enero a 7 de febrero, 7 febrero 2020, disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25524&LangID=S>

¹⁰ Por cada euro que ha dejado de ingresar el 10% de personas más ricas, el 10% con menos ingresos ha perdido siete. Una de las peticiones de Oxfam Intermón al Gobierno pasa por ampliar el número de hogares que perciben el Ingreso Mínimo Vital (solo ha llegado a 160.000 hogares necesitados). En cambio, los ERTE, han evitado que más de 710.000 personas cayeran en la pobreza. Ver: Oxfam Internacional, El virus de la desigualdad, 25 enero de 2021, disponible en: <https://www.oxfam.org/es/informes/el-virus-de-la-desigualdad>

¹¹ Tras Portugal, España es el segundo país de Europa que más masa salarial ha perdido (12,7%) por la pandemia, con una mayor reducción en la masa salarial de los trabajadores que cobran por debajo de la media. Los expedientes de regulación temporal del empleo (ERTE), mediante el cual el estado asume el pago del 70% del sueldo del trabajador/a, han compensado la caída de las retribuciones salariales en un 40% en España (en el resto de Europa ha sido un 51%). Ver: Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Informe Mundial sobre Salarios 2020-2021: Los salarios y el salario mínimo en tiempos de la COVID-19*, OIT, Ginebra, 2 de diciembre de 2020, disponible en: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-wage-report/2020/WCMS_762317/lang-es/index.htm

¹² La palabra pandemia hace referencia a la extensión masiva de una epidemia, lo cual puede hacer pensar que afecta a todo el mundo. Y es cierto, pero no en la misma medida. Con la pandemia del coronavirus ha sucedido algo impensable para el mundo rico y las clases sociales privilegiadas: sentir muy de cerca que el miedo, la enfermedad y la muerte también pueden afectarles. En sí mismo, el virus puede ser “igualitario”, pero las condiciones sociales de las personas y grupos sociales que lo transmiten y generan sus efectos no lo son.



una situación de pobreza extrema (11% de la población) con menos de 500 euros mensuales. Los colectivos más afectados por la pobreza son las personas sin hogar, trabajadorxs en la economía sumergida, hogares pobres con infantes, y colectivos como los migrantes (57% pobres), especialmente 300.000 personas sin papeles, las mujeres (57% de las personas subempleadas y 73% de quienes trabajan a tiempo parcial), y los jóvenes menores de 20 años (55% de desempleo). Por ejemplo, en Cataluña una de cada cinco personas (1,5 millones de personas) necesitó la ayuda de Cruz Roja para comer en algún momento del “año pandémico” (inicio marzo 2020 a finales febrero 2021). La mitad de los atendidos perdió su empleo, un 15% sufrió alguna enfermedad, la mitad siente malestar emocional, mientras que solo el 16% percibe el Ingreso Mínimo Vital o la Renta Garantizada de Ciudadanía.¹³ Enric Morist, coordinador de la Cruz Roja en Cataluña, se ha referido a las sucesivas olas de pobreza pandémicas señalando que «lo que estamos viviendo solo es comparable con la posguerra»,¹⁴ mientras que el presidente de la misma entidad, Josep Quitet, ha apuntado que los 74 centros de distribución de alimentos, son auténticas “UCI sociales”. Más pronto o más tarde se frenará la pandemia, pero si no se detienen las causas políticas profundas que la han originado y las desigualdades sociales que amplifican de forma sistémica sus consecuencias, las desigualdades de salud seguirán afectando a poblaciones que, más que ser “vulnerables”, han sido “vulneradas”.¹⁵

Características y límites de la gestión pandémica

De forma muy general, la pandemia ha generado tres modelos principales de gestión. El primero, representado sobre todo por Trump en Estados Unidos y Bolso-

¹³ La Cruz Roja española ha atendido en un año alrededor de 1,3 millones de personas, movilizando 67.000 voluntarios e invirtiendo 108 millones de euros. En Cataluña, tras un fuerte aumento en la demanda de alimentos, en agosto de 2020, 123.000 personas se hallaban en las “colas del hambre” de Cruz Roja para recoger alimentos, medicamentos o productos higiénicos para sus familias. A finales de febrero de 2021, esa cifra alcanzó las 416.000. La mitad de los afectados son hogares con uno o dos hijos, que tenían empleo, en un 60% de los cuales uno o los dos progenitores perdieron su empleo. La mitad de los desempleados refieren que su situación se debe a la pandemia, un 60% de los cuales no percibe ninguna ayuda, seguro de desempleo ni ERTE. Ver: Creu Roja Catalunya, L'Observatori, 2 informe, *Impacto del COVI-19 en colectivos vulnerables*, 3 de marzo de 2021, disponible en:

<http://www.creuroja.org/AP/SearchResult.aspx?id=139&vle=1438@-@&fld=25253.24767,24793&lng=1>

¹⁴ Elisenda Colell, «Cruz Roja atiende a casi medio millón de catalanes en seis meses, cuatro veces más que en verano», *El Periódico*, 3 de marzo de 2021, disponible en:

<https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210303/cruz-roja-triplica-ayuda-coronavirus-11555094>

¹⁵ Juan M. Pericàs y Joan Benach, «Las políticas para afrontar la pandemia pueden mejorar la salud pero aumentar las desigualdades», *Ctxt*, 30 de septiembre de 2020, disponible en: <https://ctxt.es/es/20200901/Firmas/33549/politicas-publicas-confinamientos-desigualdad-salud-juan-pericas-joan-benach.htm>

naro en Brasil (también Boris Johnson al principio), es un modelo que podemos llamar “*necrofilico*” y que se caracteriza por haber recortado y desmantelado todo lo que tuviera que ver con la salud pública mediante una estrategia autoritaria de corte neofascista muy asociada a los intereses del capital financiero y las empresas farmacéuticas, y con un fuerte desprecio por la vida de aquellos que “no son dignos de vivir”, si lo decimos como lo decían los nazis.¹⁶ El segundo modelo es el *modelo “preventivo-institucional”* de muchos países asiáticos y Oceanía, como Taiwán o Nueva Zelanda, previamente alertados por anteriores pandemias. Son países que han actuado con radicalidad para eliminar la transmisión comunitaria mediante una estrategia COVID-0, con intervenciones rápidas y contundentes pruebas y rastreo de contagio masivos, aislamiento de contactos, controles fronterizos estrictos, y mensajes y acciones de refuerzo de la salud pública. Aparte de tener un impacto en salud pequeño, la crisis económica producida por la pandemia también ha sido inferior. Cabe resaltar también el éxito de Cuba o la región de Kerala en la India, territorios con recursos limitados, pero fuertes políticas de salud pública y acción colectiva comunitaria. Por ejemplo, a finales de febrero de 2021 Cuba (11,3 millones de habitantes) solo tenía 45.361 casos y 300 muertes por COVID-19, mientras que el área metropolitana de Nueva York (18,8 millones) contaba con más de 700.000 casos y casi 29.000 muertes, y Suiza (8,6 millones) con más de 550.000 casos y más de 9.200 muertes.¹⁷ Finalmente, tenemos un *modelo “reactivo-empresarial”* de la gran mayoría de países europeos y americanos, que se han centrado en un permanente bloqueo/liberación de actividades y confinamientos para minimizar los daños económicos, tratando de reducir el impacto de salud solamente cuando el sistema sanitario llegaba al límite.

En la segunda mitad de 2020 España fue el país de Europa donde más aumentó la desigualdad salarial (57%) debido a la pandemia

¹⁶ Personajes conocidos como Leonardo Boff, Frey Betto, Chico Buarque, Celso Amorin, entre otros, han solicitado a las Naciones Unidas, la OMS y otras prestigiosas asociaciones denunciar al gobierno brasileiro. Demandan que la Corte Penal Internacional «condene urgentemente la política genocida» del gobierno. Accesible en: (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeAUTbllrhdBsuBMcealxrzcSHff70-5uLxVM7LCihlXWV9ig/viewform>)

¹⁷ Durante décadas, Cuba ha invertido en un sistema de salud equitativo que sirviera a las necesidades de la gente, y no a los intereses de la medicina mercantilizada. Por ejemplo, mediante sus programas de salud pública, Cuba eliminó enfermedades muy diversas: poliomielitis (1962), malaria (1967), tétanos neonatal (1972), difteria (1979), rubéola (1995), meningitis tuberculosa (1997), entre otras. Hoy, La tasa de mortalidad infantil cubana es menor a la de Estados Unidos y menos de la mitad que la de la población afroamericana. Cuba ha enviado unos 124.000 profesionales de la salud para brindar atención médica en más de 154 países, de modo que Cuba tiene más médicos trabajando en el exterior que todas las contribuciones profesionales de la salud de los países del G-8 juntos. Ver: Franklin Frederick, «Cuba’s Contributions in the Fight Against the COVID-19 Pandemic», *The Bulletin*, 11 de marzo de 2021, disponible en: <https://socialistproject.ca/2021/03/cuba-contribution-fight-against-covid19/#more>

El Gobierno español (y el de muchas comunidades autónomas, donde ha sido especialmente negativo el caso de la Comunidad de Madrid) han realizado una gestión deficiente frente a la pandemia. Se optó por “convivir con el virus” mediante confinamientos y restricciones, en lugar de querer controlarlo y eliminarlo con una estrategia de salud pública, utilizando con rapidez y eficiencia todos sus instrumentos: planificación, vigilancia y análisis epidemiológico, educación sanitaria comunitaria, análisis de los determinantes sociales y equidad, entre otras herramientas y estrategias.

Las principales limitaciones y errores de gestión pueden seguramente resumirse en seis apartados. Primero, *ha faltado una visión más sistémica e integrada de la pandemia*, con un conocimiento de salud pública y las ciencias sociales más adecuado y profundo en lugar de enfatizar casi exclusivamente el conocimiento clínico, virológico y epidemiológico. Segundo, se ha realizado *una gestión con escaso liderazgo y coordinación*, y con una visión más reactiva que preventiva de la salud. Tercero, ha sido *una gestión poco transparente y democrática*, donde se han echado en falta campañas educativas comunitarias desde el principio de

La rápida y exitosa creación de vacunas hace olvidar que la pandemia es un espejo de cómo funciona la geopolítica mundial y el capitalismo neoliberal

la pandemia, con temas clave como la prevención, la protección del riesgo, evitar estigmatización, una mejor comunicación para ayudar a evitar las *fake news*, etc. Cuarto, *no se fortalecieron de forma urgente y contundente las residencias, la salud comunitaria, servicios sociales, la atención primaria y la salud pública*, con la contratación masiva de rastreadores y pruebas diagnósticas, en lugar de seguir mercantilizando la sanidad con subcontrataciones a empresas privadas. Quinto, se debía *haber actuado*

en mucha mayor medida ante las desigualdades, invirtiendo masivamente en la protección social y económica de la población más vulnerabilizadas, sobre todo las poblaciones y barrios más desfavorecidos y quienes viven sin hogar. Y sexto, no se ha puesto énfasis en *la necesidad de generar una participación más activa de la comunidad* fomentando acciones solidarias y de apoyo social colectivas, tal y como ha sucedido en algunos países. Cara al futuro, además de una evaluación detallada de los impactos de la pandemia, habrá que fortalecer y desarrollar una agencia nacional de salud pública capaz de prevenir y controlar las muchas amenazas a la salud pública existentes y las futuras pandemias que muy probablemente vendrán.

Una “vacuna social” para acabar con el “apartheid” de vacunas

La COVID-19 es un problema de salud pública, económico y social cuyos efectos a medio y largo apenas si empezamos a conocer.¹⁸ Globalmente, el coronavirus afectará especialmente a la población de los países más empobrecidos del mundo, cuyos sistemas de salud son muy débiles, y cuya población muere cotidianamente de todo tipo de enfermedades evitables. A nivel global, la pandemia ha amplificado las desigualdades de gran parte de la población que ya antes del coronavirus sufría una pandemia de desigualdad.

La rápida y exitosa creación de vacunas hace olvidar que la pandemia es un espejo de cómo funciona la geopolítica mundial y el capitalismo neoliberal. Si dejamos de lado la siempre imprescindible necesidad de realizar una gestión eficiente en los procesos nacionales y globales, la vacunación no es sobre todo un tema científico o sanitario sino geopolítico y económico,¹⁹ con grandes desigualdades entre países y poblaciones. A mediados de marzo de 2021, se habían puesto alrededor de 330 millones de vacunas (apenas 4,5 dosis por cada 100 personas, que aumentaron a 690 millones y 8,8 dosis a principios de abril), pero en muchos países casi no había aún vacunados.²⁰ Se estima que 10 países ricos acaparan el 70% de las vacunas (pudiendo vacunar varias veces a su población) y que los países más pobres que suman un 80% de la población mundial apenas si tienen un tercio de las vacunas disponibles. ¿Por qué ocurre eso? Pues porque, aunque las inversiones en la investigación de vacunas son básicamente públicas, su producción y comercialización

¹⁸ Las olas de crisis post-pandémica seguirán matando más a los pobres, y especialmente a los pobres. Muchos de los efectos generados por la crisis sistémica existente amplificada por el coronavirus son aún poco visibles. La parte invisible del iceberg oculta un número de muertos muy superior al oficial, hay muchas enfermedades no atendidas, y problemas muy diversos relacionados con la salud mental, el sufrimiento, la violencia y la alienación social. Ver por ejemplo, «Entrevista a Sara Bertán. La científica española detrás de los datos de Johns Hopkins en pandemia: “Las estimaciones más exactas de la cifra de muertos tardarán años en llegar”», *eldiario.es*, 17 marzo 2021, disponible en: https://www.eldiario.es/internacional/cientifica-espanola-lleva-anosiguiendo-pista-expansion-mundial-virus_128_7319789.html

¹⁹ Por ejemplo, gran parte de los 12.000 millones de dólares ofrecidos por el Banco Mundial se entregarán a los países pobres en forma de préstamos y generación de deuda. Oxfam ha estimado que, al precio que Uganda pagó sus vacunas, vacunar a toda su población costaría más del doble del presupuesto de salud del país. Los países ricos deberían apoyar los sistemas de salud de los países empobrecidos y ayudar a la vacunación de toda la población mundial eliminando el actual “apartheid de vacunas” que hace que el virus que causa la COVID-19 siga contagiando, mutando, matando y diezmado la economía mundial (hasta 9,2 billones de dólares en pérdidas). Ver: Oxfam, «Desigualdades en el acceso a vacunas podrían costar hasta 2.000 dólares por persona en los países ricos este año», 6 de abril de 2021, disponible en: <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/desigualdades-en-el-acceso-vacunas-podrian-costar-hasta-2000-dolares-por-persona-en>

²⁰ Our World in Data, *Number of people who received at least one dose of COVID-19 vaccine*, 5 de abril de 2021, disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/people-vaccinated-covid?time=latest&country=BRA~CHL~FRA~DEU~IND~IDN~ISR~ITA~MAR~RUS~TUR~GBR~USA~VEN>

está en manos privadas debido al acuerdo de 1995 sobre «Derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio» de la OMC (TRIPS), que impone los intereses de las multinacionales farmacéuticas sobre los estados, sobre todo del sur global, dependientes de las patentes y licencias sobre productos, vacunas y fármacos. La geopolítica sanitaria que impone el complejo médico farmacéutico financiero global (*Big Pharma*) defiende sus intereses con una gran influencia sobre los estados, controla el consumo masivo de fármacos y tecnologías sanitarias y genera

La India, Sudáfrica y casi 100 países más han tratado de suspender los acuerdos de patentes de las vacunas durante la pandemia y compartir los conocimientos científicos

enormes beneficios. La India, Sudáfrica y casi 100 países más han tratado de suspender los acuerdos de propiedad durante la pandemia y compartir los conocimientos científicos y la tecnología de la vacuna con el fondo común de acceso a la tecnología de la COVID-19 de la OMS (C-Tap) pero, al menos hasta principios de abril de 2021, la Unión Europea, EEUU y otros países ricos presionados por el lobby

farmacéutico se han opuesto. El director de la OMS llegó a afirmar que «el mundo está al borde de un fracaso moral catastrófico» que «se pagará con las vidas de los países más pobres». Añadiendo que «si no podemos hacer exenciones durante tiempos difíciles y bajo condiciones sin precedentes, ¿entonces cuando?». ²¹

Los ejemplos del poder corporativo son numerosos.²² Por ejemplo, el 60% de la financiación de la Alianza para las Vacunas (GAVI) proviene de las corporaciones farmacéuticas y de donantes de países ricos que, al estar presentes en los comités de expertos, defienden los intereses de la industria. Por su parte, el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 (COVAX)²³ de la OMS junto con la GAVI y

²¹ Ver: Tedros Adhanom Ghebreyesus, «WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board», Organización Mundial de la Salud, 18 de enero de 2021, disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>; La OMS pide al Consejo de Seguridad que aborde la exención de propiedad intelectual de las vacunas COVID-19, 27 febrero de 2021, disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/la-oms-pide-al-consejo-de-seguridad-que-aborde-la-exenci-n-de-propiedad-intelectual-de>

²² La Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI), creada en el año 2015 por el Foro Económico de Davos con la ayuda de la Fundación Gates y el Fondo Wellcome Trust (un fondo de la corporación GlaxoSmithKline), anunció un plan de vacunación global. Cabe decir también que el 80% del presupuesto de la propia OMS depende de donaciones y no de los Estados (la Fundación Gates por ejemplo paga el 90% de su programa de medicamentos), lo que muestra su grado de dependencia de los intereses de la industria y medios privados. Ver: CLACSO, *Las vacunas como bien público global y cuestión de soberanía sanitaria regional*, Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria, febrero de 2021, disponible en: <https://www.clasco.org/las-vacunas-como-bien-publico-global-y-cuestion-de-soberania-sanitaria-regional/>

²³ Tal como está concebido, COVAX será un ejercicio filantrópico que no aborda las causas fundamentales de la mala repartición de las vacunas, de la falta de transparencia del sistema y de los oligopolios de la industria farmacéutica que impiden una producción a escala mundial.

la CEPI hace que los derechos de “patentes” de las vacunas sigan una lógica mercantil, por lo que solo suministran vacunas en forma limitada en los países pobres, y no como un derecho, sino como una forma geopolítica caritativa de tipo colonial donde los países compiten por separado para conseguir cuotas de dosis. No es extraño pues, que la inmensa mayoría de vacunas disponibles hayan ido a parar a los países occidentales ricos. Es fundamental democratizar la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad. Y para hacer esto, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes, cree una asociación de países del Sur con la soberanía para producir y distribuir vacunas para todos. La democratización de la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad frente al actual “apartheid”, sería la “vacuna social” más efectiva. Lo que está en juego son dos visiones del mundo la de los oligopolios farmacéuticos o la democratización de una producción nacional sanitaria descentralizada y con soberanía.²⁴ Para ello, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes, y crear una asociación de países del Sur con soberanía para producir y distribuir vacunas para todos.^{25 26}

El capitalismo neoliberal es nuestro peor “virus”

La pandemia ha producido una enorme conmoción social que ha cambiado la sociedad. En alguna medida, la población ha extraído varias lecciones: una mayor

²⁴ El sistema actual de vacunación mundial no funciona en términos de salud pública global. En una pandemia mundial hace falta una solución mundial, pero los países de renta baja o media-baja tendrán que esperar meses o años para obtener vacunas. Si las vacunas no llegan a los países pobres pueden ocurrir varias cosas para sus poblaciones y a nivel global: 1) morirán más personas por COVID-19, 2) los países ricos cerrarán sus fronteras con los países pobres, 3) el virus podría crear nuevas resistencias, haciendo que las vacunas actuales perdieran su efectividad, con lo cual habría que hacer otra y volver a hacer vacunaciones masivas, y 4) en los países pobres no se pueden tratar otras enfermedades de mucha gravedad como son el sarampión, la meningitis, u otras, que podrían extenderse hacia Europa.

²⁵ A más poder de los países ricos, más vacunas, más inmunización y menos muertes. Se estima que los contratos de las farmacéuticas con naciones africanas solo permitirán la inmunización del 30% de africanos en 2021. Sin embargo, algunos ejemplos que pueden ir en otra dirección incluyen: la distribución de vacunas fabricadas en la India (el país que más fabrica), el desarrollo de la vacuna cubana, Soberana 02, por el Instituto de Vacunas Finlay para la población, turistas y otros países como Vietnam, Irán, Pakistán, India, Venezuela, Bolivia y Nicaragua en lo que se llamado la “vacuna del ALBA”. Ver: Franklin Frederick, «Cuba's Contributions in the Fight Against the COVID-19 Pandemic», *The Bulletin*, 11 de marzo de 2021, disponible en: <https://socialistproject.ca/2021/03/cuba-contribution-fight-against-covid19/#more>

²⁶ Ante la pregunta de si veremos a las empresas farmacéuticas liberalizar las patentes de las vacunas de la COVID-19, el reconocido investigador danés Peter Gøtzsche señaló: «No, la industria farmacéutica no hará eso, les preocupan sus beneficios... Las vacunas deberían ser un bien común que se debería vender a previo de coste para que la gente de los países pobres también pudiera vacunarse. La gente que vive en los países pobres muere en grandes cantidades porque no pueden permitirse comprar las vacunas. Es inmoral», Ver: «Preguntes freqüents» (FAQS), TV3, 20 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.ccma.cat/tv3/alcarta/preguntes-freqüents/preguntes-freqüents-les-vacunes-contra-la-covid-els-escandols-de-la-monarquia-espanyola-i-el-nanosatellit-enxaneta/video/6090645/>

conciencia del trabajo de una clase trabajadora “esencial”, pero siempre despreciada; el papel crucial que deben jugar la sanidad pública y los cuidados; y darnos cuenta de que somos una especie frágil, dependiente de los demás y de la naturaleza de la que formamos parte. Y, sin embargo, olvidamos y no entendemos. El historiador Jacques Le Goff decía que una de las máximas preocupaciones de las clases dominantes es «apoderarse de la memoria y del olvido». Tras el *shock* de la crisis vendrá el *shock* económico de la post-pandemia, y las decisiones políticas a tomar serán el “laboratorio social” donde se va a jugar el futuro de la humanidad. Será un tiempo de creciente miedo e inseguridad, un caldo de cultivo perfecto para demagogos y neofascistas. En un tiempo lleno de inseguridades, miedos, pérdida de legitimidad, desconfianzas y desigualdades crecientes donde, como ya ha anun-

Es fundamental democratizar la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad; para ello, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes

ciado el FMI, aumentarán las revueltas sociales, los movimientos populistas y neofascistas tienen un campo abonado. Más que probablemente seremos capaces de hacer frente a esta pandemia, quizás podremos mejorar en alguna medida la equidad, el medio ambiente, la precariedad laboral o habitacional, quizás podremos revitalizar servicios sociales golpeados por las políticas neoliberales. Las reformas son importantes, imprescindibles, pero muy pronto nos enfrentaremos con situaciones límite que obligarán a hacer cambios sistémicos para evitar el colapso. Es imprescindible salir de la lógica económica y cultural de un capitalismo que está en guerra con la vida. La pandemia es solo el “síntoma”, la causa es un capitalismo fosilista y “tecno-feudal”,²⁷ que precisa una acumulación constante, aumentar las ganancias, despojar de los bienes comunes y un crecimiento continuo que está alcanzando su límite. Ese es el principal “virus” para el que hay que hallar una vacuna.

Thatcher habló de la TINA, de que ya “no había alternativa”. La paradoja es que ahora no hay alternativa: o cambiamos o nos espera el ecocidio y el genocidio. El dilema parece de difícil resolución “una reforma imposible”, o “una revolución improbable” ha señalado David Harvey.²⁸ En ambos casos son imprescindibles reformas profundas, con políticas sistémicas (análisis, programa, organización y gestión) al tiempo que revoluciones permanentes.

²⁷ Berna González Harbour, «Entrevista a Yannis Varoufakis. “En la UE hay tanta democracia como oxígeno en la Luna, cero”», *El País*, 13 de marzo de 2021, disponible en: <https://elpais.com/ideas/2021-03-12/yanis-varoufakis-en-la-ue-hay-tanta-democracia-como-oxigeno-en-la-luna-cero.html>

²⁸ David Harvey, *Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo*, Traficantes de Sueños, Madrid, 2017.

El capitalismo es un sistema poderoso, una forma de organización basada en instituciones, unas determinadas reglas de juego y una desigual distribución de poder.²⁹ Es un sistema capaz de generar una enorme riqueza, pero al tiempo lleno de contradicciones que tienden a crear grandes desigualdades y una crisis eco-social de enormes dimensiones. La crisis de la COVID-19 ha mostrado sus carencias y la cuestión es ver si las élites serán capaces de realizar reformas en favor de sus intereses o las fuerzas sociales serán capaces de realizar un cambio sustancial de modelo que reduzca o limite su poder.

Para salir lo antes posible de la lógica económica y cultural del capitalismo, al menos cuatro elementos parecen esenciales. Primero, *experimentar cómo vivir de una manera diferente*, con cooperativas de producción y consumo, nuevas formas de vida y relaciones donde la libertad de unos no dependa del sufrimiento de los demás. Como dijo Saramago, «si no cambiamos de vida, no cambiaremos la vida».³⁰ Segundo, *augmentar la conciencia de la crisis sistémica que nos rodea y que es posible vivir bien de otra manera*, con menos consumo, de forma más saludable, humana y realmente sostenible. Esto significa una reeducación ciudadana política y cultural muy profunda que necesariamente deberá realizarse en cada individuo pero de forma colectiva.³¹ Tercero, *crear grupos de análisis (think tanks) potentes que hagan los análisis y propuestas de actuación políticas más adecuadas*.³² Y cuarto, *juntarse*

²⁹ Para Yanis Varoufakis, hoy vivimos bajo un post-capitalismo, una especie de “tecno-feudalismo” en el que unas pocas corporaciones oligopólicas parasitan a unos estados de los que se benefician, creando un “capitalismo de amiguetes”, una especie de “socialismo para ricos” y feudalismo y austeridad para el resto que es insostenible.

³⁰ Vivir bien con menos. Visibilizar, explicar y hacer entender que podemos vivir mejor con menos consumo, sin crecimiento, pero también con más solidaridad, con más cooperación, con más actividades comunitarias, etc. Ya hay muchas iniciativas de este tipo: cooperativas de producción, consumos colectivos, generando nuevas formas de vida, de relacionarnos, de sentipensar decía Eduardo Galeano citando a Fals Borda, de compartir las cosas en una vida que valga la pena de ser vivida.

³¹ Manuel Sacristán señaló que para lograr un ser humano «que no sea ni opresor de la mujer, ni violento culturalmente, ni destructor de la naturaleza» necesitábamos una conversión, un cambio radical y muy profundo. Es posible vivir de otra manera, pero deberemos reeducarnos; aprender a desarrollar relaciones sociales fraternales, tener empatía y a saber cuidar a los demás, ver el entorno como algo casi sagrado y no como algo que tiene un precio y, por tanto, que se puede vender, explotar o destruir, hay que pensar en el crecimiento personal, en aprender el sentido de vivir, y muchas cosas más. Para realizar cambios culturales (que incluyen el sentir, pensar, comprender y hacer de otro modo) que incidan en transformaciones individuales profundas de gran parte de la población es imprescindible crear lógicas y estrategias político-culturales colectivas y comunitarias.

³² Ese instrumento puede llevar a aprender a aunar lo radical y lo reformista, lo defensivo y lo ofensivo, lo cultural y lo práctico, lo institucional y lo comunitario. La necesidad de conservar aquello que nos hace mejores y de cambiar aquello que nos envilece o perjudica. Hay que hacer frente a todas las fuerzas reaccionarias y neofascistas. Aquellos quienes creen en ideologías legitimadoras de la desigualdad, el racismo o el fascismo no renunciarán a sus privilegios. Debemos arrinconarlos y dismantelar su ideología y su poder, pero también debemos proteger a la población. Por ejemplo, una de las medidas que cada vez suena con más fuerza y que puede ayudar a evitar las peores situaciones de precariedad y shock emocional y cotidiano es la renta básica universal; aunque quizás de entrada sea sólo como mecanismo de emergencia, como una “renta de cuarentena”, que garantice unos ingresos mínimos a toda la población en tiempos de post-pandemia.

*y movilizarse continuamente con movimientos sociales a la vez descentralizados y coordinados, que conecten todas las luchas, que sean “glo-locales”, capaces de crear formas colectivas para presionar y cambiar la política institucional.*³³ Como dijo Jerry Mander, «hacer cambios nos costará mucho, pero no hacerlos aún nos costará más».

Joan Benach es profesor, investigador, salubrista y director del Grup Recerca Desigualtats en Salut (Greds-Emconet, UPF); JHU-UPF Public Policy Center; Departament de Ciències Polítiques i Socials (Sociología, UPF). Joan Benach colabora en el Grupo de Investigación Transdisciplinar sobre Transiciones Socioecológicas, (GinTrans2, UAM).



³³ Movimientos con sensibilidades diferentes pero coordinados transversalmente, descentralizados, pero con un nivel apropiado de coordinación y una sinergia efectiva entre la sociedad civil y el poder político. Y que sean ágiles, resistentes, capaces de adaptarse a los cambios y al mismo tiempo con una mirada larga.