CONFINAMIENTO: UNA ELECCIÓN IMPOSIBLE PARA LOS MÁS POBRES. PERCEPCIONES DE TRABAJADORES HUMANITARIOS SOBRE EL CONFINAMIENTO CONTRA LA COVID-19 EN EL SUR GLOBAL

Llanos Ortiz Montero
Máster en Antropología Médica y Salud Global
Universitat Rovira i Virgili
llanos_o@hotmail.com · https://orcid.org/0000-0001-7139-2839

Resumen: El confinamiento contra la COVID-19 fue una de las medidas más globalizadas en el 2020. Sin embargo, su implementación e impacto en diferentes poblaciones fue muy dispar y su efecto en poblaciones del Sur Global sigue ampliamente invisibilizado aun tres años después.

Este artículo, basado en un estudio cualitativo multisituado, es un acercamiento a esas otras realidades que quedaron ocultas. Explora diferentes experiencias del confinamiento y cómo se aplicaron en poblaciones de pocos recursos, desde la percepción de trabajadores humanitarios. Aunque los datos muestran que el confinamiento pudo contribuir a reducir la trasmisión y la mortalidad al inicio de la pandemia, los impactos adversos derivados de su universalización y duración hacen cuestionar el equilibrio riesgo/beneficio considerado para colectivos vulnerabilizados sin recursos, para quienes era inviable su implementación. Datos del estudio muestran la percepción de que, al poco tiempo de instaurarse, el confinamiento se instrumentalizó con fines más políticos que sanitarios.

Arxiu d'Etnografia de Catalunya, n.º 26, 2023, 151-178 | DOI: 10.17345/aec26.3728
ISSN: 0212-0372 – EISSN: 2014-3885 – http://antropologia.urv.cat/revistarxiu

La sindemia devenida de la COVID-19 ha dado visibilidad a una relación entre el Norte y el Sur Global caracterizada por la hegemonía de los países más ricos en la toma de decisiones sobre políticas de salud. Estados, instituciones como la OMS y también organizaciones humanitarias han fracasado a la hora de adaptar las medidas a las diferentes poblaciones y apoyar a los más vulnerabilizados, poniendo de manifiesto resquicios colonialistas bajo nuestro concepto de salud global.

Palabras clave: Confinamiento; COVID-19; humanitarismo; vulnerabilidad; sindemia; desigualdad.

Lockdown: an impossible choice for the poorest. Aid workers' perceptions of the covid-19 lockdown in the global south

Abstract: The COVID-19 lockdown was one of the most globalised social measures in 2020. However, its implementation in, and impact on, different communities varied greatly and its effect on populations in the Global South remains largely invisible, even three years later.

Based on a multilocal qualitative study, this article aims to bring these realities to light. It explores the application and experiences of lockdowns in low-income countries, from the perception of humanitarian workers. Although lockdowns may have helped to reduce transmission and mortality at the start of the pandemic, the adverse impacts of its blanket application and duration call into question the risk/benefit balance for vulnerable groups, for whom its implementation was unfeasible. The results highlight the perception that the lockdown was instrumentalised shortly after it was established for political rather than health purposes.

The syndemic resulting from COVID-19 has given visibility to a relationship between the Global North and the South characterized by the hegemony of the richest countries in decision-making on health policies. States, institutions such as the WHO, and humanitarian organizations have failed to adapt measures to different populations and support the most vulnerable, revealing lingering colonialist remnants within our concept of Global Health.

Keywords: Lockdown; COVID-19; humanitarianism; vulnerability; syndemia; inequality.

1. Introducción

El uso de confinamientos a gran escala ha sido una característica única de la pandemia de COVID-19, ya que esta medida, a esta dimensión, no se ha adoptado en ninguna de las pandemias del siglo pasado. De hecho, antes de la COVID-19, al hablar de "confinamiento" por epidemias, nuestro imaginario nos trasladaba al medievo, a las epidemias de peste negra que arrasaron Europa.

Cuando el mensaje de *#quédate en casa* empezó a difundirse en marzo del 2020, imaginé rápidamente que este aviso encontraría un límite en lugares como campos de desplazados, en colectivos como los sin hogar o poblaciones sin recursos inmersas en una economía sumergida. Me preguntaba cómo se estaría viviendo esta situación en aquellos lugares donde había estado trabajando con Médicos Sin Fronteras (MSF) recientemente: ¿qué pasaría con esas poblaciones en campos de refugiados, en medio de un conflicto o en movimiento forzadas a huir?

Durante el 2020, lo que sucedía en el resto del mundo —la guerra en Yemen, el ébola en el Congo (DRC), el hambre en Sudán del Sur o los campos de refugiados de Grecia y Bangladés— parecía no generar interés, denotándose el egocentrismo occidental y cierto desinterés por "el resto". Como apunta Fassin, la interrupción de las actividades económicas y el confinamiento de personas no tuvieron más que una razón: salvar vidas, pero realmente, ¿todas ellas? La pandemia ha revelado una economía moral de la vida ya existente antes pero nunca antes tan evidente, mostrando la contradicción entre la afirmación idealista de la vida como valor supremo y la constatación real de su valor desigual (Fassin, 2021: 156).

Este artículo es un acercamiento a realidades que han quedado invisibilizadas durante la sindemia que sigue aún su curso. Pretende contribuir a dar visibilidad a vivencias y percepciones sobre lo que supuso la aplicación del confinamiento en determinadas poblaciones, aportando una visión que pueda generar recomendaciones que logren influenciar en la toma de decisiones en futuras respuestas a epidemias.

El texto se centra en las diferentes experiencias del confinamiento como medida sanitaria frente a herramienta política. Se basa en las experiencias de trabajadores humanitarios en múltiples contextos de pocos

recursos de Latinoamérica, África, Oriente Medio, Asia y campos de refugiados griegos durante los dos primeros años de pandemia. Forma parte de un estudio más amplio que contiene tres partes: 1) diferentes experiencias del confinamiento como medida sanitaria frente a herramienta política; 2) impacto del confinamiento en migrantes y poblaciones vulnerabilizadas del Sur Global, y 3) impacto en el trabajo humanitario.

2. Estado de la cuestión

El confinamiento de personas "sanas" siempre ha sido una medida controvertida en respuesta a epidemias. Estudios anteriores a la COVID-19 son críticos ante estas medidas sociales, argumentando que son contraproducentes para el control de epidemias e incrementan las desigualdades entre poblaciones (Calain y Poncin, 2015; Pellecchia *et al.*, 2015).

Con la COVID-19, las primeras medidas sociales obligatorias se implementaron en China. A partir de ahí, los confinamientos de la población se establecieron en Italia, luego en España y posteriormente en prácticamente todos los demás países a medida que la epidemia se propagaba. De los 186 países cubiertos por el Rastreador de Respuesta Gubernamental COVID-19 de Oxford (OxCGRT), solo un Estado insular como Comores no había impuesto ninguna medida restrictiva a finales de marzo de 2020 (Hale *et al.*, 2021).

Con la primera ola, estudios como el realizado por investigadores del *Imperial College London* predijeron que una estrategia basada en confinamientos reduciría la mortalidad por COVID-19 hasta en un 98 % (Ferguson *et al.*, 2020). Estas predicciones fueron cuestionadas por muchos académicos y científicos, dudosos ante la correlación entre confinamiento y reducción de la mortalidad, desacreditando estudios que mostraban el impacto de dicha medida (Meo *et al.*, 2020).

Así, un metaanálisis del *John Hopkins Institute* (JHI), basado en estudios principalmente europeos, concluye que no hay evidencia de que el confinamiento o el cierre de escuelas y fronteras hayan tenido un efecto notable en la mortalidad por COVID-19. Dicho estudio determina, sin embargo, que el cierre de negocios "no esenciales", como bares, redujo la mortalidad un 10,6 % (Herby *et al.*, 2022). Estos resultados son coherentes

con los de la OMS del 2006, que afirmaban: "Los informes de la pandemia de influenza de 1918 indican que las medidas de distanciamiento social no detuvieron o redujeron drásticamente la transmisión" (*World Health Organization Writing Group*, 2006). Dicho esto, un informe posterior menciona una reducción de exceso de mortalidad por neumonía e influenza tras la implementación de aislamiento y cuarentena en New York durante la pandemia del 1918-1919 (WHO, 2019: 42).

La propia OMS, apenas tres meses antes de declarar la pandemia de COVID-19, publicó un informe sobre medidas no farmacológicas de control de pandemias por influencia de virus nuevos basado en cientos de estudios donde no menciona los confinamientos como posibilidad y no recomienda la cuarentena de personas no infectadas por su impacto económico y el riesgo de que el confinamiento de todos los convivientes en un mismo espacio facilite la propagación intrafamiliar si algún miembro se infecta (WHO, 2019). Por eso sorprende que, poco después, la OMS adoptara las medidas de China como estándar a ser implementado globalmente, oponiéndose a sus propias recomendaciones y a años de investigación y experiencias.

Por otro lado, el enviado especial de la OMS para la COVID-19, David Nabarro, expuso en una entrevista los posibles efectos nocivos del confinamiento: "En la Organización Mundial de la Salud no abogamos por el confinamiento como medida principal de control de este virus [...]. Los confinamientos solo tienen una consecuencia que nunca, jamás, debe menospreciarse, que es hacer que la gente pobre sea muchísimo más pobre" (2020).

Al inicio de la sindemia, uno de los mensajes más repetidos fue "el coronavirus no entiende de clases". El propio Tedros A. Ghebreyesus, director general de la OMS, comentó que la "COVID-19 no discrimina entre países ricos y pobres, naciones grandes y pequeñas. No discrimina entre nacionalidades, etnias o ideologías" (2020). Este lema pronto perdió sentido cuando empezaron a aparecer datos que mostraban que afectaba más a poblaciones castigadas por la desigualdad.

Ejemplos de desigualdad en la aplicación de las normas pueden verse en las excepciones que el gobierno británico aplicó a los viajeros VIP, que quedaban exentos de hacer cuarentena (Allegretti, 2021). También se

reveló que el sistema de desplazamiento de los trabajadores esenciales, basado en el transporte público, que unía el hogar y el trabajo, era un foco de transmisión de la enfermedad (Burns *et al.*, 2021: 29).

Otros estudios muestran un impacto negativo en la incidencia de otras enfermedades por la prolongación del confinamiento y la falta de acceso a servicios de salud. Así, la suspensión del transporte público en algunos contextos africanos contribuyó a un deterioro de la salud de mujeres y niños (Bell *et al.*, 2020).

Con la expansión de la COVID-19, algunos antropólogos, médicos y académicos empezaron a fomentar el uso del término *sindemia* frente al de *pandemia* (Horton, 2020; Mendenhall, 2020; Singer y Rylko-Bauer, 2020). La noción de sindemia permite desviar el enfoque de lo meramente biológico, enfatizando que las enfermedades (y las epidemias) no son ajenas a las condiciones sociales, económicas, políticas o ambientales y que todo ello contribuye a su evolución y al impacto en una población (Singer y Scott, 2008; Singer y Rylko-Bauer, 2020).

Resulta especialmente relevante un discurso del secretario general de Naciones Unidas, António Guterres, en el que hacía un llamamiento a un nuevo contrato social para abordar las desigualdades exacerbadas con la sindemia (UN, 2020). Un llamamiento que poco antes ya había hecho público el *Financial Times* pidiendo un nuevo contrato social que reconociera el bienestar de la mayoría sobre los intereses de los privilegiados (Stephens, 2020). Asimismo, agencias de Naciones Unidas y otras instituciones alertaban del aumento de violencia de género dentro del hogar y de embarazos no deseados durante el confinamiento, así como de un incremento de la inseguridad alimentaria en los países más pobres (UNHCR, 2020).

Estudios de mediados del 2020 centrados en el Sur Global ya muestran su preocupación sobre los efectos colaterales derivados del confinamiento y destacan la necesidad de investigación transdisciplinar con estudios cualitativos capaces de proporcionar evaluaciones holísticas sobre los beneficios y daños del confinamiento (Haider *et al.*, 2020). A pesar de esto, persiste cierta invisibilidad sobre cómo esta medida social ha afectado a algunas poblaciones. Predominan los estudios cuantitativos centrados en la población occidental, particularmente sobre salud mental; no tanto

cualitativos y sobre contextos del Sur Global. Además, hay cierta polarización en la opinión pública sobre la balanza "riesgo/impacto" que ha llevado a adoptar esta medida de forma indiscriminada.

Cabe añadir que las medidas impuestas con la variante ómicron a finales del 2021 en algunos países como Austria, con nuevos confinamientos para la población, la suspensión de vuelos a Europa desde muchos países africanos y el durísimo confinamiento en China de millones de personas aún dos años después de la primera ola, hace presagiar que el confinamiento pueda convertirse para algunos gobiernos en una medida normalizada para el control de epidemias.

3. Marco teórico

3.1 Definiendo y caracterizando el confinamiento

La RAE, en una de sus acepciones, define *confinamiento* como "Aislamiento temporal y generalmente impuesto de una población, una persona o un grupo por razones de salud o de seguridad"[1], y el *Diccionario Collins* lo define como la imposición de restricciones rigurosas en viajes, interacción social o acceso a espacios públicos (s. f.)[2].

La propia OMS se refiere a las medidas de distanciamiento físico y restricción de movimientos aplicadas a gran escala como "frecuentemente nominadas confinamiento", mostrando así cierta indefinición. Algunos autores han propuesto categorizaciones y definiciones sobre la base de si las medidas son obligatorias o voluntarias y si van dirigidas a individuos o se aplican a la población en general (Haider *et al.*, 2020).

Un estudio del JHI sobre el impacto del confinamiento en la mortalidad define confinamiento como "la imposición de al menos una intervención no farmacológica (NPI) obligatoria. Las NPI obligatorias son cualquier mandato gubernamental que restringe posibilidades de movimiento de personas, también las políticas como cierre de escuelas y negocios y prohibición de viajes internacionales" (Herby *et al.*, 2022:3). Cabe señalar la diferencia entre *confinamiento*, *cuarentena* y *aislamiento*, términos

1 Definición extraída de la Real Academia Española. dle.rae.es [Consultado el 20 de abril de 2022].

2 Definición extraída del *Diccionario Collins*. www.collinsdictionary.com [Consulta 20 de abril de 2022].

que a menudo se usan indistintamente. Diferenciamos *confinamiento* de *cuarentena* —aislamiento de personas que han tenido contacto cercano con personas infectadas— y de *aislamiento* —separación de personas con síntomas o resultado positivo de COVID-19, aunque sea asintomática, y que pueden ser transmisoras (CDC, 2021)—, ya que el confinamiento se aplica a todos los individuos.

A menudo las diversas medidas de restricción de movilidad resultan indisociables, por lo que, sin intención de homogeneizar fenómenos diferentes, y haciendo énfasis en el confinamiento generalizado entendido como el encierro de la población dentro de la vivienda a gran escala, abordamos todas ellas dentro de lo que denomino *confinamiento*. Por tanto, en este texto, al hablar de confinamiento, me estaré refiriendo a las diversas medidas de restricción de la movilidad de las personas, en línea con estas definiciones, matizando las diferencias.

3.2 Dilemas sobre humanitarismo, biopoder y paradigmas de aproximación a la noción de vulnerabilidad

Para hablar de lo que supuso el confinamiento para muchas poblaciones del Sur Global, desde la antropología crítica resulta inevitable abordar nociones de biopolítica y biopoder. Por coherencia histórica, más que en la concepción de biopolítica de Foucault (2007), me centro en la reformulación de Fassin, denominada biolegitimidad (2009). Dicha reformulación aborda aspectos de desigualdad y normalización de la precariedad que se pasaron por alto en la teoría de Foucault. La sindemia ha constatado que no todas las vidas se valoran igual (Butler, 2009; Fassin, 2021), y es posiblemente debido a este valor desigual de la vida por lo que con la COVID-19 se han tomado medidas de esta escala. El hecho de que las epidemias de las últimas décadas no condujeran a medidas tan drásticas como las adoptadas con la COVID-19 podría atribuirse a que no afectaron tanto a poblaciones de regiones hegemónicas, quedando limitadas a países relegados a la subalternidad (Menéndez, 2020).

La hegemonía del Norte frente al Sur Global conlleva que el trabajo humanitario sea inherente en el discurso sobre neocolonialismo, que podría estar tras el cambio paradigmático en la visión del humanitarismo

—cada vez peor percibido—. Según declara la directora de operaciones de MSF-España en su página web, "hoy la ayuda humanitaria y sus principios básicos están peor percibidos que hace 50 años" (MSF, 2021).

La restitución de situaciones institucionales, culturales y epistemológicas afectadas por un eurocentrismo hegemónico y otras acciones de subordinación y poder sigue pendiente, mostrando que el colonialismo continúa presente transformado en neocolonialismo, dependencia y racismo (Sousa Santos, 2020), como se ha reflejado en acciones percibidas durante la sindemia. Así, muchas poblaciones del denominado Sur Global siguen estigmatizadas como objetos permanentes de ayuda externa —occidental— (Jaffre *et al.*, 2020).

Por ello, a lo largo del texto hablo de población "vulnerabilizada" más que vulnerable, porque la condición de vulnerabilidad puede ser asumida, pero principalmente es impuesta. La vulnerabilidad está sujeta a aspectos de sumisión y dependencia respecto a las decisiones de otros —normalmente gobiernos e instituciones (Agier, 2012)—. La vulnerabilidad es cambiante, por lo que gobiernos e instituciones deberían comprender la importancia de evaluar la vulnerabilidad no solo al inicio de una crisis, sino también a lo largo de ella para evitar consecuencias devastadoras (*The Lancet*, 2020).

La mera noción de Norte-Sur Global es una metáfora del sufrimiento humano generado por la desigualdad que hace cuestionables las categorizaciones divisorias entre países ricos y pobres. Así, las etiquetas "Norte-Sur Global" son meros intentos correctivos para reemplazar conceptos anteriores de "Primer-Tercer Mundo" o "desarrollado-subdesarrollado", peor percibidos (Adams *et al.*, 2019) y que van más allá de lo meramente geográfico.

4. Metodología

El estudio cualitativo multisituado en que se basa este artículo parte de una perspectiva crítica con enfoque descriptivo-interpretativo. Su periodo de información abarca de enero del 2020 a enero del 2022 y la recogida de datos se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas, en formato virtual con videollamada en *Teams*, a 22 trabajadores

humanitarios, que constituyen la muestra del estudio. Todos los participantes tienen o han tenido vínculo profesional reciente con la misma organización humanitaria. Por petición expresa de la organización no gubernamental a la que pertenecen la mayoría de los participantes, no se menciona el nombre de dicha organización y nos referimos a ella como "organización humanitaria".

El método de muestreo ha sido intencionado, identificando primero a informantes clave por criterio de representatividad. A partir de ahí, se ha usado la estrategia de bola de nieve, seleccionando a los participantes según las necesidades de información y sobre la base de la información proporcionada por los participantes clave, que propusieron participantes adicionales. Como criterio de inclusión de la muestra se estableció que los participantes fueran trabajadores humanitarios angloparlantes o hispanoparlantes con más de ocho años de experiencia en respuesta a epidemias y que hubieran trabajado en países de pocos recursos entre enero del 2020 y enero del 2022, salvo los tres participantes de entrevistas complementarias, para los que se dispusieron criterios *ad hoc*, difiriendo en su rol y en los años de experiencia. No se aplicó ningún criterio específico (por ejemplo, saturación) para predeterminar el tamaño de la muestra.

Las entrevistas se realizaron entre febrero y abril del 2022, por lo que podría haber un sesgo de información por su carácter retrospectivo. Se realizaron en español o inglés y el audio fue grabado para su posterior transcripción y análisis con un consentimiento informado verbal obtenido previamente.

Diecisiete participantes tienen perfil sanitario y cinco tienen perfiles diversos (logística, coordinación de diversos niveles, etc.). Son de diferentes nacionalidades, con diez participantes de países de ingresos medios-bajos y doce de países europeos o de ingresos altos, aunque su nacionalidad no está relacionada necesariamente con los contextos mencionados en las entrevistas, que se centraron en su experiencia profesional/personal durante los dos primeros años de sindemia. Sus narrativas se sitúan en las múltiples áreas geográficas donde trabajan: Colombia, Ecuador, Etiopía, India, Jordania, Kenia, Nigeria, Senegal, Sudáfrica,

Sudán del Sur, Yemen, y campos de refugiados griegos y de Cox-Bazar (Bangladés), entre otras.

Al ser la sindemia un fenómeno global y dada la dimensión dual —global/local— del confinamiento, se optó por un enfoque multisituado o multilocal siguiendo la propuesta de Marcus (2001), que posibilita ver la evolución de las experiencias temporal y espacialmente y cómo circulan de lo global a lo local y viceversa, pero también cómo se moldean los patrones culturales en las interpretaciones relativas a la sindemia y al confinamiento.

5. Análisis de resultados: diferentes experiencias del confinamiento

5.1 Unas medidas no al alcance de todos

El confinamiento fue instaurándose rápidamente en el 2020 en casi todos los países a medida que el virus de la COVID-19 se expandía, ante la incredulidad de muchas personas que lo consideraban antidemocrático y sin tener tiempo para prepararse o asimilar qué suponía a nivel individual y colectivo.

Algunas narrativas describen cómo muchos gobiernos africanos —en Etiopía, Kenia, RDC, Senegal y entre otros— fueron proactivos más que reactivos y empezaron a tomar medidas muy a la par de Europa y sin tener apenas casos, contrariamente a diversos países europeos que, como en el caso de Francia, esperaron 52 días para empezar las restricciones cuando ya tenían más de 4000 casos (Jaffre *et al.*, 2020). Las percepciones en torno a esto refieren al miedo real de que la epidemia se instalara en países con unos servicios de salud muy precarios que no podrían hacer frente a algo como lo que estaba pasando ya en Europa. Por otro lado, esta proactividad se atribuye también a una mayor experiencia en respuestas a epidemias. La mayoría cerraron las fronteras como primera medida de confinamiento, seguida de otras medidas como cierre de mercados, colegios y transporte público.

La diferenciación entre zonas urbanas y rurales es notable tanto respecto a la aplicación de las normas y la posibilidad de eludir el

confinamiento como a su impacto. Muchos participantes, en referencia a contextos africanos, percibieron que en las zonas rurales las restricciones apenas se notaron y su impacto estuvo más relacionado con la reducción de servicios básicos de salud por la retirada de actores humanitarios, cierre de escuelas y disrupción del transporte público. En algunas capitales africanas durante el día había cierta percepción de normalidad. Sin embargo, en zonas urbanas el confinamiento fue más notable por la alta proporción de personas dependientes de la economía sumergida y la mayor capacidad del gobierno de reforzar el confinamiento. En Oriente Medio, el Sudeste Asiático y Latinoamérica —con la excepción de México y Brasil—, el confinamiento fue generalmente más preceptivo y estuvo dictado por el miedo al virus y el castigo si se infringían las normas. Brasil y México, donde el confinamiento no fue normativo, sufrieron altas tasas de mortalidad, lo que sugiere que las políticas de no confinamiento tampoco garantizaron la protección de las poblaciones vulnerabilizadas.

Con la imposición del confinamiento se evidenció que su implementación no era factible para todos, que querer no siempre es poder y que la viabilidad de su implementación estaba supeditada en buena parte al poder adquisitivo, la clase social y la profesión.

> "En Etiopía, luego de todas las medidas que había, yo veía que eran los funcionarios, o los que tenían un trabajo como tal, los que cumplían un poco las normas de COVID. El resto, pues no, porque tampoco ahí, no se puede, pues es imposible confinarse en África, sinceramente. [...] Pero luego, la realidad de las personas en la calle era diferente [...]. Ya te digo que las medidas de funcionarios, humanitarios y la población general eran completamente diferentes". (P18)

Mientras que algunos privilegiados podían pasar (incluso disfrutar) el confinamiento trabajando desde casa, esta no era la realidad ni menos aún una opción para buena parte de la población en contextos del Sur Global. El porcentaje de población para quien era imposible confinarse aumentaba a medida que el nivel económico medio bajaba. Así, para una mayoría de la población en países de bajos ingresos, el *#quédate en casa* era una utopía inviable. "Poblaciones que viven al día a día, al final tienen que hacer esta elección imposible entre seguir las órdenes

del país y pasar hambre o buscar sustento y arriesgarse a coger una enfermedad" (P11).

5.2 Confinamiento como medida sanitaria frente a herramienta política

> "Si hubiera estado en mis manos, el primer confinamiento está bien [...]. El resto de los confinamientos tuvieron mucho más que ver con la voluntad de los gobiernos de limitar la movilidad de la gente y no siempre con fines preventivos, de salud, sino más de evitar conflictividad social". (P6)

Hay cierto consenso entre participantes en que, si bien al inicio, ante la incertidumbre presentada por el nuevo virus, el confinamiento tenía justificación y pudo contribuir a salvar vidas, pronto se instrumentalizó y pasó a ser una medida más política que sanitaria —no siempre respaldada con datos epidemiológicos— asociada al poder que generaba y a un sentimiento de desconfianza hacia la población.

La prohibición de grandes reuniones de personas habría contribuido a inhibir la transmisión comunitaria en algunos contextos urbanos, particularmente latinoamericanos y en India, según describen algunas narrativas. Sin embargo, fue reiterado que, en muchas regiones, algunas medidas sociales deberían haberse relajado antes, lo que hubiera mitigado parte del impacto negativo derivado de ellas.

> "En Dakar lo curioso era esto de ver mucho español volviéndose a España cuando España estaba confinando y estaba entrando en pico [...]. Luego con el paso de las semanas ibas viendo que esto no estaba saturando [...] no estaba creando la gravedad que veíamos reflejada en Europa, pero, en cambio, las autoridades mantenían ciertas medidas, ¿no? Hasta que con el paso del tiempo todo esto se tensionó mucho". (P19)

Muchos participantes creen que probablemente vuelva a utilizarse en el futuro porque ha abierto un abanico de posibilidades a los gobernantes por el poder que otorga como medida de control de la población. El confinamiento también supuso para algunos abandonar a la población a su suerte en plena crisis —por parte del gobierno— y aparentar que se hacía algo cuando no se hacía nada.

> "Entonces el *lockdown* para mí fue una medida muy de cerrar los ojos, donde toda la carga que transmitía era sobre la población y los más vulnerables lo han sufrido y mal [...]. No entiendo una situación donde el Estado o el sistema sanitario abandonen a la población". (P2)

Las epidemias suelen manifestar la necesidad de protección en forma de comportamiento social reglamentado. Propician ser utilizadas como coartada del gobierno que busca salvaguardar sus cargos contra la enfermedad, llegando a justificar acciones como poner una valla —ficticia o real— alrededor de toda una nación para crear la ilusión de protección del pueblo contra la amenaza externa que es la enfermedad (Wald, 2008). Esto quedó patente en algunos discursos.

> "En muchos otros lugares, el confinamiento fue solamente una herramienta política. Aquí, el confinamiento lo implementaron como para decir el gobierno te cuida y, cuando le tomaron el gustito a la gente controlada, lo llevaron hasta su límite. Cuando perdió el efecto, el digamos, el impacto político en las otras olas, ni le importó ya el confinamiento". (P6)

Algunos participantes percibieron que grupos armados de diferentes contextos y situaciones de conflicto bélico instrumentalizaron también las medidas asociadas a la COVID-19.

> "Las reuniones de gente no estaban prohibidas en el norte de Yemen por los propios términos de la guerra, porque los hutíes solían reunir a gente y las tribus para su reclutamiento. Y si anuncian públicamente que las reuniones de más de cincuenta o más de cien están prohibidas, esto afectaría a sus procedimientos de reclutamiento para la guerra [...]. Pensamos que la pandemia era una oportunidad para parar la guerra e incluso las Naciones Unidas lanzaron una iniciativa urgente, que llamaron *covid-ceasefire*. [...] Pero no se aceptó. Nadie aceptó. Los comandantes, que están tomando las decisiones relacionadas con la guerra, [...], ellos tienen su propio objetivo [...]. Entonces, si hay un gran cambio como la COVID, lo instrumentalizarán y aprovecharán para lograr este objetivo". (P17)

Hay una visión de que el confinamiento en campos de refugiados en Grecia y de *rohingyas* en Bangladés se usó como castigo contra ellos por

el hecho de ser migrantes. Esto evoca a las reflexiones de Fassin y Bruce Western en *The Will to Punish* sobre la relación entre castigo y estructuras sociales de desigualdad y el rol punitivo de las fuerzas del orden que suele aplicarse con especial saña sobre los grupos más vulnerabilizados (2018: 134).

> "Creo que no hubo un abordaje igual para la población en general que para los refugiados. Los refugiados fueron castigados [...]. Fue utilizado por las autoridades por razones políticas, para aumentar y mejorar su propia aceptación en las comunidades locales, como políticos que decían: 'Mira, estamos reteniendo a esos inmigrantes para no afectarlos a ustedes'. El confinamiento no se puso correctamente, se usó mal. No había datos para eso. Incluso cuando había datos, no hacían nada para cambiarlo". (P5)

> "En Bangladesh, una de las cosas que hizo el gobierno fue cercar los campos de refugiados rohingyas con alambradas de púas para asegurarse de que la gente no pudiera salir de allí. [...] el gobierno básicamente puso estas alambradas, de las que las organizaciones humanitarias deberían haber hablado en ese momento, pero sobre las que nadie realmente hizo ningún ruido". (P16)

Se percibe cierta dualidad en torno al confinamiento, con significados incluso dicotómicos, entendido como castigo para unos y privilegio o premio para otros; también de movilidad como algo deseable, como salvoconducto liberador frente a movilidad como algo a lo que muchos se ven forzados y les obliga a exponerse al virus.

Describen situaciones donde las personas optaron por autoconfinarse, incluso si las medidas no estaban impuestas a nivel gubernamental, como fue el caso de México o Brasil. Ocurrió como iniciativa ciudadana ante Estados que se consideraba que no velaban por la población.

Resulta difícil desasociar la palabra *miedo* de *confinamiento* en los discursos, ya que fue este el que se apoderó de los mensajes que obligaban a quedarse en casa. *Miedo* es, de hecho, la palabra más repetida en la suma de todas las entrevistas. Tras un periodo de miedo al virus, incertidumbre y resignación que hacía justificar las restricciones a la movilidad,

llegaron como efecto rebote las reacciones trasgresoras que manifestaban el hartazgo y la desconfianza de muchas poblaciones respecto a unos gobernantes que les impusieron unas normas que ya no se consideraban defendibles. "En Jordania [...] la gente decía: nos están engañando, el ministerio nos engaña. Había mucho miedo a la mentira" (P22). También de rechazo y culpa al europeo y que algunos participantes expresan como "cansancio colectivo". Estas manifestaciones se han compartido sobre regiones tan diferentes como Colombia o Senegal.

> "Hubo un episodio no de violencia física, pero sí de reacciones violentas hacia el todo, ¿no? culpabilizando al blanco de todas estas restricciones y todo esto que venía. Luego, lo otro era una mezcla de miedo y de escepticismo hacia lo que iba a ser la COVID para ellos. Estoy hablando de la primera ola, o sea, no sabíamos qué iba a pasar y las previsiones eran catastróficas, ¿no? De decir, si los sistemas sanitarios occidentales se están saturando, imagínate los del sur o de estos países africanos del Sahel". (P19)

La percepción de rechazo y reacción hacia el europeo que mencionan varios participantes me lleva a las reflexiones de Balandier, recogidas en su libro *Teorías de la descolonización. Las dinámicas sociales*, sobre "la dependencia", haciendo énfasis en las manifestaciones de rechazo de minorías subalternas (Balandier, 1973). Según Balandier, algunas de estas reacciones son expresiones extremas del rechazo a la subordinación, como también señala Scheper-Hugues en *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*, bajo la corporalidad del "no poder más" reificada en un síndrome cultural como rendición y derrota, pero también resistencia y negación a la explotación (Scheper-Hughes, 1997). La situación de transgresión que algunos participantes describieron como reacción a las medidas restrictivas europeístas impuestas recuerda a esta misma manifestación.

> "...aquí nadie estaba enfermo [...], y te prohíben hacer todo por esto. Entonces esto ha creado un descreimiento total de la enfermedad que ahora que, ahora sí que la hay, ahora con la ómicron sí que hay. Hay un sentimiento, creo que, por la extrema dureza de las medidas y el impacto

> que dieron, de rechazo mental al COVID, como diciendo "¿Pero por qué si Europa se constipa yo me tengo que vacunar?" Y hay un descreimiento con el COVID exagerado [...]. Quiero decirte que no es solo que no hay vacunas, si es que no hay interés en las vacunas. Cómo se vive desde aquí es muy diferente". (P11)

Esa reacción que ha afectado enormemente a la vacunación contra la COVID-19 en países africanos, según cuentan varios participantes, parte del rechazo a que África sea considerada aún como campo de experimentación, en repulsa a una propuesta presentada por investigadores franceses sugiriendo probar la vacuna en África antes de implementarla para el resto (Lichtenstein, 2020). Una propuesta considerada no médica, sino política, como poso de esa historia negra de la medicina colonial que utilizaba a las poblaciones más pobres para experimentos biomédicos (Jaffre *et al.*, 2020). También se atribuye a la percepción cultural de que la COVID "es cosa de blancos", tal y como narran varios participantes.

Con la COVID-19 y las medidas para revertirla hemos sido testigos de un enfoque de salud global con ecos colonialistas decimonónicos (Bell y Green, 2021), cuando se diseñaron medidas sanitarias internacionales para proteger a los ricos en las metrópolis europeas (Huber, 2006). Surge así una reconstitución de sociedades neocoloniales dentro del nuevo (des) orden global desencadenado por la sindemia.

Una muestra de ello se vio en la Cumbre Mundial de Salud celebrada en Roma en mayo del 2021, que representaba, según el gobierno anfitrión, una oportunidad para que "todos los líderes mundiales" adoptaran una declaración como "punto de referencia para prevenir futuras crisis mundiales de salud" (EFE, 2021), enfatizando una negativa al nacionalismo de la salud. Sin embargo, la subrepresentación de países de bajos ingresos en la cumbre mostraba la realidad tras el paradigma de "salud global", donde los países de pocos recursos son meros objetos de discurso, pero raramente partícipes en la toma de decisiones.

Su escasa participación en decisiones sobre salud pública pudo estar tras la falta de adaptación de las medidas contra la COVID-19 observadas en estos países. Se percibieron unas recomendaciones —de la OMS— trazadas solo con la población occidental en mente. Esto hace cuestionarse

si la respuesta internacional a la sindemia constituye una traición a las declaraciones de Alma Ata (Bell y Green, 2021).

Si en algún aspecto puede decirse que hay unanimidad entre los participantes del estudio, fue en la percepción de falta de adaptación cultural y contextual en la respuesta a la sindemia en el denominado Sur Global, con una europeización y "*copy-paste*" entre el modelo de intervención de los países ricos en países pobres, universalizando unas medidas que las hacía inviables.

> "Yo creo que al principio tuvimos mucha paranoia y mucho miedo en que afectase en estos países, igual que en Europa. Y yo creo que la mentalidad europea de cómo ver la pandemia se intentó trasladar a la mentalidad africana y creo que esto no funcionó. [...] Tú sabes cuánta gente se muere de malaria en Sudán del Sur; más de los que mata el coronavirus. Y la pirámide de población es muy diferente. [...] Entonces la mentalidad europea, para atacar el coronavirus se intentó traer a África y yo creo que no ha funcionado. Es una forma de colonialismo igual de intentar eso, ¿no?" (P9)

Se percibieron unas medidas sociales demasiado restrictivas en relación con la realidad de muchas poblaciones, con la situación epidemiológica que estaban atravesando cuando se instauraron dichas medidas y con la capacidad económica del país para afrontar el impacto de las restricciones. Estas críticas no se refieren solo a respuestas gubernamentales, sino también a la de la propia ONG, que se dejó llevar por un modelo europeísta y no supo adaptarse.

> "Creo que en ese sentido estuvimos muy mal adaptados, completamente eurocéntricos en nuestro modelo de atención. Fallamos en tener una respuesta cohesiva y adaptada localmente. [...] Terminamos estando demasiado inducidos por lo que estaba pasando en Europa y un modelo de atención europeo, que no se podía adaptar aquí". (P14)

La narrativa de una de las vivencias en Sudáfrica revela una percepción de aversión hacia África por parte de Europa, en línea con el artículo de Malan en *El País*, donde criticaba la forma en la que Europa parecía estar castigando a Sudáfrica con la ómicron (2021). Aquí, esta

percepción de Europa frente a África es la que se sitúa tras un negacionismo reaccionario.

> "Luego en Europa restringieron nuestros movimientos. Como si el COVID se hubiera descubierto por primera vez en África cuando no lo era. La mayoría de los países africanos se incluyeron en la lista roja. Entonces sí, la gente tenía esta percepción. Creo que es como Occidente contra nosotros, ¿sabes? [...] Es una locura, ¿por qué deberían poner a Sudáfrica o África en el mapa para decir que se descubrió ómicron? Es solo que los científicos lo notaron, lo descubrieron, pero no es que viniera emanado de África. Entonces hubo esta discusión [...], cómo los medios han tratado de retratar la ómicron. Por eso la gente dice: 'Ah, esto ataca a Occidente, realmente esto no es un problema africano. Esta cosa vino de allí y lo pintaron muy bien para ellos'. Pero mira cuántas personas murieron en Europa en comparación con África". (P12)

La falta de contextualización dio lugar también a unas medidas percibidas como exageradas en algunos contextos, atribuidas a una "ebolización" de la respuesta. Algunos discursos narran que a nivel institucional la propia organización o incluso la OMS sobredimensionaron algunas normas porque les "pilló ebolizados", tal vez como herencia de la reciente epidemia de ébola del 2014-2016, también sin precedentes, que fue muy traumática para muchos, incluido a nivel institucional para la OMS y muchas ONG y que también supuso un punto de inflexión. De hecho, el ébola del 2014-2016 fue un precursor que permitió atisbar la fragilidad occidental ante epidemias que hasta entonces se consideraban ajenas a sus fronteras. El hecho de que hasta entonces las epidemias se consideraran como una problemática limitada a zonas del Sur Global pudo estar detrás de que hasta ese momento no se hubieran implementado medidas tan estrictas como las que hemos visto con la COVID-19 (Menéndez, 2020). El ébola abrió los ojos de Europa a una fragilidad que con la COVID-19 se ha constatado.

> "A nivel interno incluso nos pilló un poco ebolizados igual al principio. [...] Y yo: 'Pero que no es la misma enfermedad', ¿sabes? [...] Pero es verdad que hubo muchas recomendaciones que se fueron cambiando,

> algunas demasiado rápido, otras demasiado… como que se ha tardado mucho en reconocer que eran medidas inútiles […]. Lo que sí es cierto es que nos hemos enfrentado a algo que al principio no sabíamos y es que el COVID lo puedes transmitir siendo asintomático". (P3)

Con el ébola, donde la tasa de letalidad oscila entre el 50 % y el 90 % independientemente de la edad, podría incluso justificarse la dureza de algunas medidas. En Liberia, durante la epidemia del 2014-2016, por ejemplo, el gobierno declaró ilegal ocultar a un paciente infectado con ébola, convirtiéndolo en delito punible con pena de prisión de dos años (Coltart *et al.*, 2017). De manera similar, las multas para obligar a las personas a cumplir las normas impuestas se han utilizado ampliamente con la COVID-19 en varios países, como narraron algunos participantes sobre Kenia y Jordania, entre otros.

Sin embargo, con el ébola, cuando los gobiernos de Liberia y Sierra Leona trataron de imponer confinamiento y toques de queda reforzados por el ejército, algunas organizaciones médico-humanitarias se pronunciaron públicamente en contra alegando lo siguiente: "Las medidas coercitivas a gran escala, como cuarentenas y cierres forzados, están llevando a las personas a la clandestinidad y poniendo en peligro la confianza hacia los proveedores de salud" (Fofana, 2014; CNN, 2015). Sin embargo, con la sindemia por COVID-19 dicha organización humanitaria no se ha pronunciado al respecto, contrariamente a lo que hizo con el ébola, lo que ha sido comentado por varios participantes. Algunos atribuyeron este silencio al colapso de la propia organización al verse inmersa por primera vez en un escenario de incertidumbre que escapaba a su experiencia previa.

5.3 La infodemia devenida de la sindemia

Las redes sociales y WhatsApp jugaron un rol en la rápida difusión de rumores y desinformación que se bautizó como *infodemia* (Anoko, 2020: min 17:30), particularmente durante el confinamiento, cuando muchas personas desde sus casas tenían en estos medios la única forma de asomarse al mundo. Esto ha sido una característica en contextos urbanos,

teniendo en cuenta la cobertura telefónica y que internet sigue siendo inexistente en muchas zonas rurales del denominado Sur Global. La infodemia, particularmente en algunos países africanos francófonos, mantuvo lazos con la diáspora y colectivos con más acceso a medios y redes sociales, particularmente chicos jóvenes.

Muchos rumores se gestaron durante el confinamiento y, aunque las redes sociales estuvieron tras su rápida difusión, los medios de comunicación convencionales y la forma en que muchos gobernantes se dirigieron a la población para notificar las normas propiciaron su auge, como describen algunas narrativas.

> "He visto como una situación nueva para todos, en la que solo te prohíben, ¿sabes? No te explican. Si tienes que ponerte máscara, tienes que separarte tal. Tienes que hacer esto, tienes que hacer esto [...]. Pero es como crear una..., un estado de miedo sin saber muy bien a qué te estás enfrentando". (P18)

6. Conclusiones

Hubo restricciones a la movilidad en prácticamente todos los países del denominado Sur Global. Sin embargo, las vivencias del confinamiento difirieron significativamente entre poblaciones. En algunos lugares, el confinamiento no fue normativo por decisión gubernamental, como fue el caso de México o Brasil, mientras que en zonas rurales de países africanos se debió a la inviabilidad de su cumplimiento. De igual forma, en algunas ciudades africanas se vivió cierta "normalidad diurna" aun con el confinamiento. En ciudades de Oriente Medio, Latinoamérica o India, sin embargo, se experimentaron confinamientos muy estrictos.

Generalmente, se percibe que el confinamiento contribuyó a reducir la velocidad de trasmisión y la mortalidad en contextos urbanos en la primera ola, disminuyendo la saturación de servicios de salud en zonas de alta incidencia, particularmente en India y Latinoamérica. Sin embargo, los impactos adversos indirectos derivados de su universalización y duración —ignorando determinantes sociales y la situación epidemiológica de algunos lugares— ponen en duda el equilibrio riesgo/beneficio

considerado para poblaciones de pocos recursos, donde su implementación era imposible para la mayoría, haciendo del *#quédate en casa* una utopía inviable. Su cumplimiento estaba supeditado al poder adquisitivo y la clase social. También se atribuyeron características culturales a su cumplimiento, ya que en muchos contextos africanos la COVID-19 no era percibida como una amenaza, al considerarla "una enfermedad de blancos".

El confinamiento se vio incluso como una medida de abandono de la población a su suerte por parte del gobierno; como medida que aparentaba velar por ella, pero que en muchos casos tuvo el efecto opuesto. Se percibió un abandono de los colectivos más vulnerabilizados por parte de Estados e instituciones y que el confinamiento, si bien pudo beneficiar a unos, lo hizo a costa de perjudicar a otros. El confinamiento tuvo una función percibida como punitiva sobre algunos colectivos, como los migrantes, según muchas narrativas.

Hay una dualidad en torno al confinamiento, entendido como castigo para unos y privilegio para otros; también de movilidad como algo deseable frente a movilidad como algo a lo que muchos se vieron forzados.

Medidas sociales como el confinamiento, extrapoladas al Sur Global como parte de las recomendaciones de la OMS, se percibieron como diseñadas solo con la población occidental de clase media-alta en mente, aunque constituye una pequeña fracción de la población mundial. La protección del Norte Global contra el virus pareciera haberse hecho a costa de descuidar a una gran parte de la población, que quedó excluida de las prioridades y estrategias de salud pública, haciendo cuestionarse si supuso una traición a las declaraciones de Alma Ata.

Se experimentó falta de adaptación cultural local en la implementación de las medidas para la contención de la sindemia, achacables según algunos al peso de un pasado colonial aún muy presente en instituciones y del que no hemos conseguido desprendernos. Esto pudo estar tras experiencias puntuales de rechazo hacia el europeo. Hubo una enorme europeización de la respuesta global trasladada a lo local, que no se supo adaptar a las realidades de muchas poblaciones del Sur Global, tampoco entre entornos urbanos y rurales. La desigualdad se inicia arriba, en

las instituciones globales, y su abordaje comienza con la reforma de esas instituciones. La OMS y las ONG no están excluidas de esta necesidad de reforma.

El confinamiento contra la COVID-19 —en sus diversas formas— ha contribuido a aumentar las desigualdades sociales, impactando negativamente a las poblaciones más desfavorecidas del Sur Global. No se supo apoyar a los más vulnerabilizados, que se vieron en la difícil tesitura de tener que escoger entre arriesgarse y exponerse al virus para conseguir sustento o seguir las órdenes y pasar hambre.

En este estudio se han expuesto experiencias y desafíos para abrir puertas a un diálogo interdisciplinar de cara a un cambio epistemológico en el paradigma de la Salud Global. Los retos a los que las sociedades nos hemos enfrentado en los años de sindemia han impulsado la necesidad de dicho cambio. Se necesita urgentemente un nuevo contrato social para abordar las desigualdades, como ya aconsejó Guterres (UN, 2020).

Bibliografía

Adams, V., Behague, D., Caduff, C., Löwy, I. y Ortega, F. (2019) "Re-Imagining Global Health Through Social Medicine" *Global Public Health*, 14(10): 1383-1400.

Agier, M. (2012) "Pensar el sujeto, descentrar la antropología" *Cuadernos de Antropología Social* [en línea], (35): 9-27 [Consulta 4 de julio de 2022]. ISSN: 0327-3776. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180923259002.

Allegretti, A. (2021) "Business leaders arriving in England granted exemption from Covid quarantine" *The Guardian*. [Consulta 25 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.theguardian.com/world/2021/jun/29/business-leaders-arriving-in-england-granted-exemption-from-covid-quarantine.

Anoko, J. (2020) "#ÁfricaEsNoticia: La Covid-19 en África". Disponible en: https://www.casafrica.es/es/mediateca/video/africaesnoticia-la-covid-19-en-africa-jose-naranjo-entrevista-julienne-anoko# (J. Naranjo, entrevistador).

Balandier, G. (1973) *Teorías de la descolonización. Las dinámicas sociales.* Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Bell, D. y Green, T. (2021) "The World Health Organization and Covid-19: Re-Stablishing colonialism in Public Health". Disponible en: https://www.pandata.org/wp-content/uploads/PANDA_WHO_ReestablishingColonialism.pdf.

Bell, D., Schultz Hansen, K., Kiragga, A.N., Kissa, J. y Kambugu, A. (2020) "Predicting the Impact of COVID-19 and the Potential Impact of the Public Health Response on Disease Burden in Uganda" *Am. J. Trop. Med. Higiene.* PMC. DOI: 10.4269/ajtmh.20-0546, DOI: 10.4269/ajtmh.20-0546.

Burns, N., Follis, L., Follis, K. y Morley, J. (2021) "Moving Target, Moving Parts. The multiple mobilities of the COVID-19 pandemic". En Lupton, D. y Willis, K. *The covid-19 Crisis. Social perspectives*. London: Routledge. Taylor & Francis Books, 29.

Butler, J. (2009) *Frames of war: When is life grievable?* London-New York: Verso.

Calain, P. y Poncin, M. (2015) "Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice?" *ELSEVIER. Social Science an Medicine*, 147: 126-133.

CDC (2021) *COVID-19: Diferencia entre cuarentena y aislamiento.* www.cdc.gov. [Consulta febrero de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/317422-F_Quarantine-and-Isolation-SPA.pdf.

CNN, R.E. (2015) *Sierra Leone leader orders new national lockdown to battle Ebola*. [Consulta 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://edition.cnn.com/2015/03/21/africa/sierra-leone-lockdown/index.html.

Coltart, C.E., Lindsey, B., Ghinai, I., Johnson, A.M. y Heymann, D.L. (2017) "The Ebola outbreak, 2013-2016: old lessons for new epidemics" *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 372 (1721).

EFE (2021) "La cumbre de Roma, una oportunidad de 'prevenir crisis sanitarias mundiales'". Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/g20-salud_la-cumbre-de-roma--una-oportunidad-de--prvvenir-crisis-sanitarias-mundiales-/46512162.

Fassin, D. (2009) "Another Politics of Life is Possible" *Theory, Culture & Society 2009*, 26(5): 44-60. Los Ángeles, London, New Delhi y Singapur: SAGE.

Fassin, D. (2018) *The Will to Punish. With Commentaries by Bruce Western, Rebecca M. McLennan & David W. Garland*. Christopher Kutz (ed.). Oxford University Press.

Fassin, D. (2021) "The Moral Economy of Life in the Pandemic". En Fassin, D. y Fourcade, M. *Pandemic Exposures Economy and Society in the Time of Coronavirus*. Chicago: Hau Books: Society for Ethnographic Theory, 155-176.

Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati-Gil, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M. y Bhatia, S. (2020) *Impact of Non-Pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Healthcare Demand*. DOI: 10.25561/77482.

Fofana, U. (2014) "El confinamiento por el ébola en Sierra Leona no ayudará, dice MSF". BBC. Disponible en: https://www.bbc.com/news/world-africa-29096405.

Foucault, M. (2007) *Nacimiento de la biopolitica: Curso del Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Ghebreyesus, T.A. (2020) "WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19". World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---15-april-2020.

Haider, N., Osman, A.Y., Gadzekpo A.A., Akipede, G.O., Asogun, D., Ansumana, R. y Khan, P. (2020) "Lockdown measures in response to COVID-19 in nine sub-Saharan African countries" *BMJ Global Health*. DOI: 10.1136/ bmjgh-2020-003319.

Hale, T., Webster, S., Petherick, A., Phillips, T., Kira, B., Angrist, N. y Tatlow, H. (2021) *A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)*. DOI: 10.1038/s41562-021-01079-8.

Herby, J., Jonung, L. y Hanke, S.H. (2022) *A Literature Review and Meta-Analysis of the Effects of Lockdowns on COVID-19 Mortality.* The Johns Hopkins Institute for Applied Economics.

Horton, R. (2020) "COVID-19 is not a pandemic" *The Lancet*, 396. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.

Huber, V. (2006) "The unification of the globe by disease? The international sanitary conferences on cholera, 1851-1894". *The Historical Journal*, 49: 453-476. DOI: 10.1017/S0018246X06005280.

Jaffre, Y., Hane, F. y Kane, H. (2020) "Una prueba de dignidad: un análisis antropológico de las respuestas al covid-19 en África Occidental". *Alternatives Humanitaires.* Disponible en: https://alternatives-humanitaires.org/en/2020/07/23/a-test-of-dignity-an-anthropological-analysis-of-covid-19-responses-in-west-africa/.

Lichtenstein, A. (2020) "COVID-19 resucita la lúgubre historia de experimentación médica en África". Disponible en: https://es.globalvoices.org/2020/04/21/covid-19-resucita-la-lugubre-historia-de-experimentacion-medica-en-africa/.

Malan, M. (2021) "Sudáfrica paga el pato: la lógica cruel tras las restricciones de viaje por la variante ómicron" *Planeta Futuro, El País*. Disponible en: https://elpais.com/planeta-futuro/red-de-expertos/2021-12-13/sudafrica-paga-el-pato-la-logica-cruel-tras-las-restricciones-de-viajes-por-la-variante-omicron.html.

Marcus, G. (2001) "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal" *Alteridades*, 11(22): 111-127. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa.

Mendenhall, E. (2020) "The COVID-19 syndemic is not global: context matters" *The Lancet*, 396(10264), P1731. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32218-2.

Menéndez, E. (2020) "Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención" *Salud colectiva*, 16: e3149. DOI: 10.18294/sc.2020.3149.

Meo, S.A., Abukhalaf, A.A., Alomar, A.A., Al-Mutairi, F.J., Usmani, A.M. y Klonoff, D.C. (2020) "Impacto del confinamiento en la prevalencia y mortalidad de COVID-19 durante la pandemia de 2020: análisis observacional de 27 países" *Eur. J. Med. Res.*, 25, 56. DOI: 10.1186/s40001-020-00456-9.

MSF (2021) "50 años de humanidad: medio siglo de acción médica y testimonio MSF". Disponible en: https://www.msf.es/medio-siglo-de-accion-medica-y-testimonio.

Nabarro, D. (2020) "The Week in 60 Minutes #6 - with Andrew Neil and WHO Covid-19 envoy David Nabarro" *The SpectatorTV*. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=x80H7cBxgwE (Neil, Andrew, Entrevistador).

Pellecchia, U., Crestani R., Decroo, T., Van den Bergh, R. y Al-Kourdi, Y. (2015) "Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia". *Europe PMC*. [Consulta 25 agosto de 2021]. DOI: 10.1371/journal.pone.0143036. Disponible en: https://europepmc.org/article/med/26650630.

Scheper-Hughes, N. (1997) *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Singer, M. y Rylko-Bauer, B. (2020) "The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis". *Open Anthropological Research*, 7-32. Disponible en: https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/opan-2020-0100/html.

Singer, M. y Scott, C. (2008) "Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context" *Medical Anthropology Quarterly*, 423-441. DOI: 10.1525/maq.2003.17.4.423.

Sousa Santos, B. (2020) *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO.

Stephens, P.F. (2020) "Virus lays bare the frailty of the social contract" *Finantial Times*. Disponible en: https://www.ft.com/content/7eff769a-74dd-11ea-95fe-fcd274e920ca.

The Lancet (2020) "Redefining vulnerability in the era of COVID-19" *The Lancet*, 395 (10230): 1089-1166. Disponible en: https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30757-1.pdf.

UN (2020) *Tackling Inequality: A New Social Contract for a New Era*. [Consulta 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/en/coronavirus/tackling-inequality-new-social-contract-new-era.

UNHCR (2020) *Gender-based violence on the rise during lockdowns*. Disponible en: https://www.unhcr.org/news/stories/2020/11/5fbd2e774/gender-based-violence-rise-during-lockdowns.html.

Wald, P. (2008) *Contagious Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative*. Durham y London: Duke University Press.

WHO (2019) "Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza." Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/329439.

World Health Organization Writing Group (2006) "Nonpharmaceutical Interventions for Pandemic Influenza, National and Community Measures" *EID journal*, 12(1): 88-94. DOI: 10.3201/eid1201.051371.