

# LA GOBERNANZA DE LA COVID-19 EN BRASIL EN LA ERA DE LA SALUD GLOBAL: NEOLIBERALISMO AUTORITARIO, NEGACIONISMO CIENTÍFICO, IGNORANCIA ESTRATÉGICA Y SURGIMIENTO DE NUEVAS FORMAS DE SOLIDARIDAD

FRANCISCO ORTEGA

Profesor de investigación de ICREA en el Centro de Investigación en Antropología Médica - DAFITS, Universitat Rovira i Virgili  
fjortegaz@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-5039-9449>

RESUMEN. La pandemia de Covid-19 representa un desafío sin precedentes de gobernanza de salud pública global que ha puesto en jaque presupuestos teóricos y ha trastocado dicotomías y jerarquías como global/local, norte global/sur global o políticas de «arriba hacia abajo»/intervenciones de base, que estructuran el campo de la salud global. La primera parte de este artículo problematiza las políticas de salud global para la covid-19. Esas políticas no son factibles en muchos países del sur global y pueden exacerbar desigualdades sociales, raciales, de género y económicas existentes. La segunda parte examina la gobernanza de la covid-19 en Brasil en tiempos de Bolsonaro en el contexto de las políticas de salud global. Ese estilo de gobernanza se caracteriza por un «neoliberalismo autoritario» que convive, paradójicamente, con una «gobernanza sin Estado» (*government-by-exception*, Nguyen, 2009): una forma de gubernamentalidad sin Estado o «para-Estado» (Geissler, 2015) caracterizada por la ausencia o presencia limitada del Estado. Neoliberalismo autoritario y gobernanza sin Estado se alían al negacionismo científico y a la movilización estratégica de la ignorancia

(McGoey, 2012) en la era de posverdad. La tercera parte de este artículo analiza cómo la gobernanza sin Estado de Bolsonaro sienta las bases para una gobernanza de salud pública de base que ha dado lugar a redes de movilización social y asistencia, formas múltiples de solidaridad y de ayuda mutua en comunidades vulnerables como favelas y comunidades indígenas que han surgido para llenar el vacío de una presencia estatal limitada.

**PALABRAS CLAVE:** covid-19; Brasil; salud global; negacionismo; gobernanza sin Estado.

#### THE MANAGEMENT OF COVID-19 IN BRAZIL IN THE GLOBAL HEALTH ERA

**ABSTRACT.** The COVID-19 pandemic represents an unprecedented challenge for global public health governance that has jeopardized theoretical assumptions and upset dichotomies and hierarchies such as global/local, global North/global South, and top-down policies/grassroot interventions, which structure the field of global health. The first part of this article problematizes global health policies for COVID-19. Such policies are not feasible in many countries in the Global South and can exacerbate existing racial, gender, and economic inequalities. The second part examines the governance of COVID-19 in Brazil under Bolsonaro in the context of global health policies. This style of governance is characterized by an “authoritarian neoliberalism” that coexists paradoxically with a “government by exception” (Nguyen, 2009): a form of governmentality without a State or “para-State” (Geissler, 2015) characterized by the absence or limited state presence. Authoritarian neoliberalism and government by exception are allied with scientific denialism and the strategic mobilization of ignorance (McGoey, 2012) in the post-truth era. The third part of this article analyzes how Bolsonaro’s government by exception lays the foundations for a grassroots governance of public health that has given rise to networks of social mobilization and assistance, multiple forms of solidarity and mutual aid in vulnerable communities, such as favelas and indigenous communities, that have emerged to fill the void created by a limited state presence.

**KEYWORDS:** COVID-19; Brazil; Global Health; denialism; government-by-exception.

«[...] más importante que el miedo es el sentimiento de ayudar a los otros» (Laryssa da Silva, *presidente de rua* de la favela Paraisópolis, en São Paulo).

## 1. Introducción<sup>1</sup>

«Preparación» (*preparedness*) es un concepto central en los debates de salud global y humanidades médicas para referirse al análisis crítico de enfoques epidemiológicos y de salud pública destinados a anticipar y preparar frente a la amenaza de epidemias de enfermedades contagiosas. Se trata de una nueva forma de racionalidad que ayudó a redefinir la salud global como campo biopolítico (Lakoff, 2017). Resulta sorprendente que Estados Unidos y el Reino Unido, países que en octubre de 2019 ocupaban el primer y segundo lugar, respectivamente, en la clasificación de 159 países incluidos en el *Global Health Security Index* en función de su «preparatividad» para enfrentar potenciales pandemias, se encuentren entre los que han sufrido el mayor número de óbitos (Estados Unidos ocupa el primer lugar mundial y el Reino Unido, el primero en Europa). Por otro lado, países que han demostrado hasta ahora políticas eficaces de contención del virus ocupan lugares más avanzados en esa lista, como, por ejemplo, Corea del Sur (9.º), Singapur (24.º), Vietnam (50.º) y China (51.º) (GHSI, 2019; Dalglisch, 2020). La respuesta de Estados Unidos y el Reino Unido a la pandemia ha sido severamente criticada por su falta de liderazgo, confusiones, difusión de *fake news* y demora en adoptar confinamientos y otras medidas sanitarias. En relación con el primero, un artículo en la revista *Foreign Policy* definió la covid-19 como «el peor fracaso de inteligencia de la historia de los Estados Unidos» (Zenko, 2020). Si, por un lado, tenemos fracaso, por otro lado, países del sur global como Corea del Sur, Singapur, Taiwán y Vietnam respondieron rápida y eficazmente al avance del virus (Dalglisch, 2020). En ese sentido, un artículo de la revista *Lancet* con el provocativo título de «El COVID-19 muestra la mentira de la

---

1 Este artículo es resultado del proyecto de investigación «Nuevas redes de solidaridad en la COVID-19: comunidades emocionales, activismo de base y ayuda mutua», financiado por la Fundación BBVA, dentro de la convocatoria Ayudas a Equipos de Investigación Científica SARS-CoV-2 y COVID-19.

competencia en salud global» cuestiona que los modelos de salud global y preparatividad para pandemias se basen en capacitación y asistencia técnica realizada precisamente por los países cuya respuesta a la pandemia ha sido «esclerótica y atrasada en la mejor de las hipótesis» (*ibid.*).

De manera convergente, otro artículo de *Lancet* de mayo de 2020 con el título instigador «¿El COVID-19 ha trastocado la salud global?» destacaba el hecho de que, a diferencia de pandemias anteriores, el nuevo coronavirus había afectado especialmente a los países del norte global, que contaban en la época con el 90% de las muertes (esos números se han alterado desde aquella fecha debido a subida exponencial de óbitos en países como México, India y, sobre todo, Brasil). Los autores argumentan que, a pesar de esa inversión, los países del norte global definieron políticas tecnocráticas de salud pública global de «tamaño único» (*one size fits all*) y de «arriba hacia abajo» (*top-down*) para enfrentar la pandemia centradas en confinamientos indiscriminados, ampliación de pruebas diagnósticas y atención hospitalaria para los casos graves, que deberían ser aplicadas de manera uniforme en el sur global (Cash y Patel, 2020).

La primera parte de este artículo problematiza las políticas de salud global para la covid-19, verticales y de «tamaño único», por no ser realizables en muchos países del sur global, pudiendo incluso exacerbar desigualdades sociales preexistentes y aumentar la mortalidad. El artículo defiende una reinvencción de la salud global que considere la diversidad de los contextos, identifique, apoye a las poblaciones vulnerables y las involucre en el diseño e implementación de iniciativas para la contención de la pandemia. La segunda parte examina la gobernanza de la covid-19 en Brasil en tiempos de Bolsonaro en el contexto de las políticas de salud global. Ese estilo de gobernanza se caracteriza por un «neoliberalismo autoritario» que convive paradójicamente con una «gobernanza sin Estado» (*government-by-exception*)<sup>2</sup>, caracterizada por la ausencia o presencia limitada del Estado. Neoliberalismo autoritario y gobernanza sin Estado

---

<sup>2</sup> El término inglés *government-by-exception* es difícil de verter al castellano. En este artículo he optado por traducirlo como *gobernanza sin Estado*. El antropólogo Vim Khim Nguyen (2009) acuñó el concepto para describir la ausencia del Estado en la gobernanza del VIH-sida en varios países africanos, posibilitando que otros actores no estatales (ONG, organismos de salud global, universidades estadounidenses) ocupen su lugar.

se alían a la movilización estratégica de la ignorancia (McGoey, 2012) y al rechazo o negación del «conocimiento incómodo» (Rayner, 2012) que no cede a los deseos del presidente en su promoción de curas milagrosas, diseminación de *fake news* y desprecio de la ciencia. Finalmente, el artículo analiza cómo la gobernanza sin Estado de Bolsonaro sienta las bases para una gobernanza da salud pública de base que ha dado lugar a redes de solidaridad y grupos de ayuda mutua en comunidades vulnerables, que han surgido para llenar el vacío de una presencia estatal limitada. Esas formas de movilización comunitaria son ejemplos efectivos de intervenciones de base que pueden servir de inspiración para el norte global y que desafían los modelos verticales y de tamaño único presentes en las políticas e intervenciones de salud global.

## 2. Reimaginar la salud global

Las medidas promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos sanitarios internacionales no son viables en muchos países y pueden provocar una crisis económica sin precedentes y el aumento de las desigualdades raciales, de género y económicas, así como las enfermedades crónicas, el abuso doméstico y la violencia de género. Por lo tanto, la atención a los diferentes contextos locales es fundamental. Al exacerbar las disparidades existentes en salud, esas medidas violan dos principios básicos de la salud global, la importancia del contexto y el carácter primordial de la justicia social y la equidad (Cash y Patel, 2020). En sintonía con esta posición, un editorial de *Lancet* (2020) recomienda que cada región identifique y dé apoyo a los grupos considerados más vulnerables para evitar el agravamiento de la pandemia y la ampliación de las desigualdades en salud. En el caso de Brasil, las personas en situación de calle, enfermos mentales o con discapacidad, individuos LGBTI+, población indígena, negra y ribereña, trabajadores del mercado informal, como recolectores de basura y de latas, artesanos, vendedores ambulantes, prostitutas, travestis y la población carcelaria constituyen los grupos de mayor vulnerabilidad al nuevo virus. Una situación que afecta a la gran mayoría de los habitantes de las favelas del país.

La pandemia de covid-19 ha actualizado un debate prevalente en el campo de la salud global, que cuestiona la eficacia de políticas e intervenciones de tamaño único y de «arriba hacia abajo» y su potencial de reproducibilidad en contextos diversos (Adams, Burke y Whitmarsh, 2014). He examinado esas críticas en el área de la salud mental global, un campo en el que se ha invocado el argumento de la universalidad de los trastornos mentales para justificar la generalización del uso de psicofármacos y de «paquetes de cuidados» estandarizados en el sur global (Vidal y Ortega, 2017). Al presuponer una aplicabilidad global, esas intervenciones desestiman marcadores de diferencia como raza, clase, género, etnia y cultura (Mills, 2014). Esas medidas contribuyen para la expansión de la biopsiquiatría y modelos biomédicos de trastornos y tratamientos que ignoran la variabilidad cultural de la respuesta al sufrimiento mental, y subestiman los determinantes sociales y económicos de las enfermedades mentales (Vidal y Ortega, 2017). En este caso, como en otros campos de la salud global, vemos que «global» remite al diseño e implementación de políticas de salud pública de acuerdo con los ideales y competencias de los países del norte global, mientras que «local» corresponde al campo de la cultura y al activismo de base desarrollado en el sur global, frecuentemente criticado por no cumplir los criterios de evidencia y no adaptarse a los estándares de las políticas globales (Adams *et alii*, 2019; Behague y Storeng, 2013).

En el campo de la salud global es importante pensar en alternativas que superen dicotomías y polarizaciones que son poco productivas desde un punto de vista epistémico y dificultan la formulación de políticas y cuidados adecuados para las comunidades y poblaciones que dependen de esas intervenciones. En ese sentido, la producción conceptual en los campos de antropología médica y estudios de la ciencia ha redundado en un conjunto de nociones como «glocalidad» (Escobar, 2001), «fricción» (Tsing, 2005) o «ensamblajes globales» (Collier y Ong, 2005), que son muy fructíferas para superar binarismos y polarizaciones. Esos conceptos asumen que la demarcación entre local y global posee una capacidad analítica limitada y que las fuerzas que producen desigualdades son globales y locales, generales y específicas según los diferentes contextos y prác-

ticas sociales locales (Adams *et alii*, 2009). Las políticas globales se tornan significativas en contextos específicos cuando avanzan más allá de la adaptación de prácticas basadas en evidencias y producen «evidencias localmente relevantes» que tomen en cuenta la experiencia situada de los diferentes actores (Kienzler y Locke, 2017: 293).

En relación con la actual pandemia, ya se mencionó que presupuestos básicos de la salud global habían sido trastocados. Eso incluye las nociones de global y local y su ubicación. Lo que la covid-19 ha puesto de manifiesto es que el papel central de especialistas del norte global y su influencia en la OMS está siendo desplazado por el liderazgo efectivo de varios países asiáticos en políticas eficaces de contención del virus. Podemos, por lo tanto, decir que lo «global» está sufriendo un proceso de «desoccidentalización». Al mismo tiempo surgen relaciones de interdependencia entre diferentes «locales» que conllevan una necesidad de colaboración no solo internacional, sino también nacional y regional, lo que exige reformular nuestra comprensión de lo «local» (Ortega y Behague, 2020).

Si los presupuestos básicos de la salud global se han trastocado, y aquellas medidas verticales que no tomen en cuenta la diversidad de los contextos ni identifiquen y den soporte a las poblaciones vulnerables no son efectivas para el control de la pandemia, ¿no sería el momento de reinventar la salud global? Para Sriram Shamasunder y sus colaboradores, la pandemia ha puesto de manifiesto el vacío de la retórica de equidad en salud global, la debilidad de una agenda de salud global impulsada por la seguridad de la salud que asigna una cantidad desproporcionada de recursos y atención en salud a los centros de poder a expensas de las poblaciones más vulnerables a nivel global, y los impactos negativos para la salud de los diferenciales de poder, no solo a nivel mundial, sino también regional y localmente (Shamasunder *et alii*, 2020: 1) La inequidad es la fuerza motriz en la pandemia y su enfrentamiento requiere cooperación global, solidaridad y coordinación. Reimaginar la salud global para los autores exigiría que las organizaciones de salud global adoptasen estructuras de gobernanza con representación de las poblaciones más marginalizadas y vulnerables; los sistemas de financiación en salud global respetasen la toma de decisiones a nivel local, y los países que se be-

nefician sistemáticamente de las inequidades en salud rectificasen esas condiciones injustas y peligrosas (*ibid.*).

En un artículo de 2019, y, por lo tanto, previo a la pandemia, hacíamos un llamamiento semejante a reimaginar la salud global a través de la medicina social (Adams *et alii*, 2019). Proponíamos conceptualizar lo social a partir de cinco ámbitos: las reconfiguraciones del Estado y nuevas formas de activismo político; el filantropocapitalismo y la economización de la vida; la economía de la atención; los desafíos del cambio climático antropogénico, y, finalmente, la geopolítica entre el norte y el sur globales. Estos ámbitos eran examinados en relación con posibles limitaciones del campo de salud global y se cuestionaba el imaginario biopolítico central que sustenta lo social como lugar de intervención en gran parte de esa área. Una aproximación de la medicina social que promueva una comprensión más compleja de lo social y ayude a reimaginar la salud global podría incluso abrir la caja negra de la «inequidad» que a menudo se ha dado por sentada en gran medida en las ciencias sociales (*ibid.*).

La pandemia, junto con el movimiento *Black Lives Matter*, también ha alimentado pedidos para «decolonizar» la salud global, dada la «persistencia de estructuras neocoloniales» en la disciplina (Abimbola y Pai, 2020). La mentalidad neocolonial ha llevado a menospreciar medidas efectivas y de bajo coste provenientes del sur global para promover soluciones tecnológicas sin eficacia comprobada. «Existe el mito de que las soluciones de los países de ingreso alto son mejores, lo que nos ha llevado a pasar por alto a los países que han operado con éxito redes comunitarias más informales», observa Mishal Khan, profesora asociada de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Y concluye: «Pero hemos visto cuán perjudicial es asumir que las soluciones siempre se originan en Occidente» (Grove, 2020).

Las políticas globales de covid-19 reproducen modelos e intervenciones de «tamaño único» y verticales con escasa o ninguna consideración de los contextos locales. Muchos países del sur global con elevados niveles de pobreza y desigualdad no consiguen contener la propagación del virus. Frente a políticas globales de tamaño único especialistas en salud pública exigen «alternativas realistas» (Glassman, Chalkidou y Sullivan,

2020) en contextos de extrema vulnerabilidad que consideren las condiciones de vida de esos individuos y comunidades. Esas medidas realistas deben comenzar por proteger la salud pública básica, mejorar las condiciones de acceso al agua y a las condiciones de saneamiento, garantizar la seguridad alimentaria y proporcionar transferencias de renta para permitir que las personas se queden en casa (*ibid.*). Richard Cash y Vikram Patel (2020) preconizan enfoques comunitarios para países de renta baja que realicen búsqueda activa de casos positivos con la ayuda de agentes comunitarios y que incluyan la capacitación de recursos locales para evitar la estigmatización y el fortalecimiento de unidades de salud distritales con capacidad de apoyo respiratorio. Los confinamientos, cuando son necesarios, deberían ser aplicados de forma selectiva, con moderación e incluyendo la participación comunitaria.

Precisamente la participación comunitaria en el diseño e implementación de políticas e intervenciones sensibles localmente es un elemento fundamental para asegurar su eficacia en contextos de extrema vulnerabilidad (Jana, 2020). Analizando el contexto de Uganda y otros países de África subsahariana, Andries du Tot argumenta que el debate debe ir más allá de los pros y contras de los confinamientos. Las intervenciones verticales coercitivas no van a contener la propagación del virus. Son necesarios movimientos de salud pública de base que muden las prácticas de comportamiento cotidiano de las comunidades más pobres. En ese sentido, la lucha contra el VIH-sida en el continente ofrece importantes lecciones que se pueden replicar y que se basan en un activismo social centrado en el reconocimiento de las realidades y prácticas locales, en el respeto de los derechos humanos y en una lucha más amplia para el cambio social (Du Tot, 2020). En otro artículo que va en la misma dirección, Johnson y Goronga (2020) afirman que las experiencias de la lucha contra el ébola y el VIH en el continente africano pueden ser inspiradoras en el caso de la pandemia de covid-19, ya que conceden un papel central a las comunidades en las tareas de contención. Esas campañas ponen de manifiesto que enfoques basados en intervenciones verticales e imposición de controles radicales, frecuentemente con uso de violencia policial y militar, son poco efectivos, llevando a diversas formas de resistencia. Las comunidades son

realidades complejas y únicamente sus miembros pueden informar a los profesionales de salud pública sobre su realidad concreta, la comprensión comunitaria de la pandemia y lo que funcionará para contenerla en función de sus contextos locales. En ese sentido, las comunidades deben recibir apoyo para diseño e implementación de intervenciones para contener el virus.

La situación de los refugiados durante la pandemia también ha redundado en la participación de asociaciones de migrantes y refugiados en tareas de información, capacitación, distribución de alimentos, soporte legal, apoyo de salud mental en línea, y suplencia de carencias en servicios básicos de salud y educación. Desde Myanmar a Venezuela, en todas la crisis que redundan en migración forzada encontramos acciones de asistencia y protección social organizadas por refugiados y que abarcan una multitud de actividades educativas, de salud y de acceso a servicios sociales (Betts, Easton-Calabria y Pincock, 2020). En el contexto de la actual pandemia, organizaciones dirigidas por refugiados pueden desempeñar una serie de funciones de vital importancia que incluyen proporcionar información pública confiable y combatir las *fake news*, desplegar trabajadores comunitarios de salud, realizar tareas de rastreo y monitoreo e influenciar las normas sociales (*ibid.*). Esas respuestas localizadas, diseñadas e implementadas por refugiados para refugiados, ponen de manifiesto cómo los propios individuos son los que mejor responden a las crisis que afectan a sus comunidades y, por lo tanto, deberían ser apoyados por los diferentes actores internacionales, lo que raramente acontece, si se quieren promover intervenciones eficaces de contención de la crisis sanitaria provocada por la covid-19 (Alio *et alii*, 2020).

Medidas efectivas de contención de la pandemia han sido realizadas en países de renta baja, como en Kerala, en India, basadas en aislamiento de casos positivos, rastreo de contactos y un sistema de vigilancia comunitaria de alerta (Kurian, 2020); otro ejemplo es Vietnam, mediante pruebas en masa, rastreo agresivo de contactos y producción de material de salud pública de manera creativa (Sampedro, 2020). También algunos países africanos, a pesar de los recursos limitados, han encontrado soluciones creativas frente al coronavirus, como seguimiento proactivo y

simplificado de casos en Uganda, elaboración de *kits* diagnósticos de bajo coste y rastreo de casos positivos en Senegal, y uso de pruebas de grupo, y rastreo sistemático con amplia participación de agentes comunitarios en Ghana (Dalglish, 2020; Hirsch, 2020). Estas intervenciones y acciones realizadas en el sur global y con bajo coste tienen en común el desafío de modelos y políticas de salud global verticales y de tamaño único. Representan «alternativas realistas» apropiadas para contextos de extrema vulnerabilidad, teniendo en cuenta las realidades locales y las condiciones de vida de individuos y comunidades, y, en la mayoría de los casos, su participación en el diseño y la implementación, maximizando con ello su eficacia.

Frente a muchos países del sur global, Brasil posee un sistema público de salud, el *Sistema Único de Saúde* (SUS), que garantiza acceso casi universal a servicios de salud. El SUS surgió a fines de los ochenta en el contexto del «movimiento da reforma sanitaria» contra la dictadura militar y tuvo un papel fundamental en el proceso de redemocratización del país (Massuda *et alii*, 2018). El desarrollo y la expansión del SUS son reconocidos por la OMS como ejemplos de cómo ampliar la cobertura universal de salud en un país altamente desigual con recursos relativamente bajos asignados a la atención en salud, que ha sabido no solo desarrollar nuevos modelos de atención, sino que enfatiza la importancia de instituir estructuras políticas, legales, organizativas y relacionadas con la gestión para el gobierno, planificación, financiamiento y provisión de servicios de salud (Paim *et alii*, 2011).

Tres décadas después de su creación, el SUS enfrenta permanentes desigualdades geográficas, financiamiento insuficiente y colaboración precaria entre los sectores público y privado (Castro *et alii*, 2009). El SUS sufre bajo una política de demolición y subfinanciación que se ha intensificado en los últimos años, principalmente con la aprobación de la Enmienda Constitucional 95 (EC 95/2016) durante el Gobierno de Michel Temer, que congeló inversiones en diversas áreas, incluida la salud, y aceleró procesos de privatización con la expansión. El Gobierno de Jair Bolsonaro intensificó los ataques al SUS con privatizaciones, falta de políticas públicas, flexibilización de leyes laborales, eliminación de la

participación social, y retrocesos en la atención primaria (Guimarães y Santos, 2019). Las áreas de salud mental e indígena también han sufrido importantes retrocesos (Bravo *et alii*, 2020). Del mismo modo, los campos de salud y derechos sexuales y reproductivos también han sido afectados con la introducción de políticas de abstinencia para prevención del embarazo en la adolescencia (Philips, 2020). Además, a pesar del notable progreso de Brasil en facilitar el acceso a antirretrovirales asequibles para combatir el VIH e instituir programas innovadores de prevención de base financiados por el Estado, el Gobierno de Bolsonaro ha desmantelado el Programa Nacional contra el SIDA, incluso ha eliminado la palabra *sida* del Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales (Parker, 2020).

La pandemia de covid-19 ha sido una prueba para los sistemas de salud a nivel mundial, que, en el caso de Brasil, con el SUS en un proceso de creciente desmantelamiento y privatización, dificulta severamente los esfuerzos para responder a esta emergencia de salud (Silva y Ruiz, 2020). La situación es más grave por la falta de gobernanza de salud pública agudizada por la militarización del Ministerio de Sanidad. El manejo desastroso del Gobierno Bolsonaro de la pandemia se manifiesta por el rechazo del Gobierno federal y del propio Bolsonaro en reconocer la responsabilidad en la gobernanza de salud pública, la cual es relegada a Gobiernos estatales y municipales, el negacionismo científico, la difusión de *fake news* y curas milagrosas, y el exterminio de las poblaciones vulnerables.

### 3. Gobernanza sin Estado de la covid-19 en Brasil

«Y conoceréis la verdad, y la verdad os hará libres» (Juan 8:32). Resulta paradójica la actitud de un presidente que ganó las elecciones repitiendo ese versículo del Evangelio de San Juan, y que sea justamente ese Gobierno el que más haya combatido la verdad en todos los niveles en la historia moderna de Brasil. La cineasta brasileña nominada al Oscar Petra Costa, que fue llamada «canalla» por uno de los hijos del presidente, describió el discurso de Bolsonaro como una «guerra total a la verdad». De la negación del cambio climático, del índice de deforestación y las cifras del paro, pasando por el revisionismo histórico y la exaltación de la dictadura, la oposición a la llamada «ideología de género», hasta la censura de las ci-

fras de muertos por la pandemia, son elementos de la visión de posverdad del actual Gobierno y de su terraplanismo subyacente. Terraplanismo que en este caso constituye un paraguas ideológico que alberga, entre otros elementos, movimientos antivacunas, *kits gays* que serían distribuidos en las escuelas, y, más recientemente, el terraplanismo sanitario que ensalza las propiedades mágicas de la cloroquina y el llamado «aislamiento vertical»<sup>3</sup> como estrategias de contención pandémica. La verdad libera, sí, siempre que convenga.

15 de julio. El mismo día en que Brasil superó las 75.000 muertes (1.233 óbitos solo en aquel día) y estaba rozando los dos millones de casos, Arnaldo Correia, secretario de Vigilancia Sanitaria del Gobierno federal, afirmó que consideraba el país como un «gran ejemplo» de combate a la covid-19 en el mundo (citado en Cardim y Lima, 2020). Resulta chocante esta afirmación en un Gobierno que ha sido denunciado sistemáticamente por la prensa mundial y frente a organismos internacionales por la (falta de) gobernanza de la pandemia, el negacionismo científico, la diseminación de *fake news*, la violación de los derechos humanos, necropolítica y el genocidio de la población negra e indígena (Padilha, 2020). En este contexto, la afirmación del secretario Correia debe ser entendida como un ejercicio de ignorancia intencional, de negación y rechazo deliberado del «conocimiento incómodo», travestido de simple cambio de perspectiva que focaliza en los «datos de vida», o sea, en los pacientes recuperados. Así, Correa puede justificar su afirmación: «A veces es una opción, si nos fijamos en los datos de óbitos o de vida. Si usted prefiere denunciar la tristeza, el dolor de alguien que perdió una vida, o hacer un relato de alguien que luchó contra esta enfermedad en el servicio público de salud y

3 Desde el inicio de la pandemia de covid-19 en Brasil, la idea del «aislamiento vertical» fue propuesta y defendida por el presidente de la República y sus asistentes. Con la expectativa de lograr una supuesta «inmunidad de rebaño», la intención era suspender las medidas generales de control epidemiológico, aislando solo a los grupos vulnerables, ancianos y personas con comorbilidades. La validez científica de esa idea ha sido criticada y cuestionada repetidamente por epidemiólogos, profesionales de salud pública e investigadores de otras disciplinas. «En la literatura científica no existe ningún concepto semejante», escribe Naomar Almeida Filho, «y mucho menos su opuesto simétrico, el “aislamiento horizontal”, vagamente referido a la cuarentena y al distanciamiento físico como estrategia general para reducir el contagio» (2021: 219). Para este epidemiólogo brasileño, el aislamiento vertical es un concepto ideológico, un burdo fraude pseudocientífico, cruel y extremadamente peligroso.

logró su recuperación. Es esta la perspectiva de la que estamos hablando» (citado en Cardim y Lima, 2020).

Varios autores analizan la forma en que la ignorancia se moviliza intencionalmente como forma de gobierno. Para la socióloga Lindsay McGoey (2012: 3), la «ignorancia estratégica» se define por «la negación de hechos inquietantes, la comprensión de que conocer la menor cantidad posible es a menudo la herramienta más indispensable para manejar los riesgos y exonerarse de la culpa después de eventos catastróficos». Numerosos son los ejemplos de negacionismo y movilización estratégica de la ignorancia como forma de gobernanza de salud pública en el Brasil de Bolsonaro. El negacionismo ha sido definido como el «uso de argumentos retóricos para dar la apariencia de debate legítimo donde no existe ninguno, un enfoque que tiene el objetivo final de rechazar una proposición sobre la cual hay consenso científico» (Diethelm y Mckee, 2009). Esa actitud, en el caso de Bolsonaro, no debe identificarse con una postura crítica hacia la ciencia, característica necesaria de la gobernanza democrática. Él y los miembros de su Gobierno difunden deliberadamente *fake news* sobre la covid-19, como la promoción de la hidroxicloroquina como un posible tratamiento o la idea del aislamiento vertical para promover la inmunidad de rebaño en lugar del aislamiento social.

Junto con la defensa de la apertura de la economía y el aislamiento restringido a los grupos vulnerables, la empecinada defensa de la cloroquina constituye un caso típico de «conocimientos desconocidos» (*unknown knowns*) o de «conocimiento incómodo» (*uncomfortable knowledge*), aquellos que «las sociedades o instituciones excluyen activamente porque amenazan con socavar los arreglos organizacionales clave o la capacidad de las instituciones para lograr sus objetivos» (Rayner, 2012: 108). La obsesión con la cloroquina y la resistencia a abrir la economía y a decretar el aislamiento vertical provocaron la renuncia de dos ministros de Sanidad en menos de un mes, Henrique Mandetta y Nelson Teich, ambos médicos, reemplazados por Eduardo Pazuello, un general sin entrenamiento médico, que militarizó la cúpula del Ministerio de Sanidad y que inmediatamente creó un protocolo para el tratamiento con cloroquina en el SUS, incluyendo los casos leves de covid-19. Pazuello fue reemplazado el

23 de marzo de 2021, en el peor momento de la pandemia, cuando Brasil rozaba los 295.000 muertos, por el médico Marcelo Queiroga, quien, a pesar de la gestión desastrosa de su antecesor, anunció una gestión «de continuidad».

Incluso cuando admitió haber dado positivo en la prueba del coronavirus, el presidente usó la ocasión para decir que se estaba sintiendo bien y promocionar el empleo de la cloroquina: «Una persona para quien está funcionando», dijo, señalándose a sí mismo. «Confío en la hidroxicloroquina, ¿y usted? Gracias, “estamos juntos”» (UOL, 2020).

La cloroquina se ha convertido en la bala de plata del presidente y el emblema del bolsonarismo, como ilustra una escena del presidente levantando una caja de cloroquina en una «antimisa», para deleite de sus seguidores reunidos frente al palacio del Gobierno. La eucaristía bolsonarista parecía decir «“Tomad y comed todos de él, porque esto es vuestro cuerpo”. El cuerpo de miles de muertos» (Andreazza, 2020). Sería lógico, por lo tanto, que un líder con un segundo nombre mesiánico (Messias, en portugués) —aunque reconozca que sea «mesías, pero no ha[ga] milagros»— promocióne los poderes mágicos de la cloroquina. De hecho, uno de sus aliados más próximos, el obispo multimillonario Edir Macedo, fundador de la Igreja Universal do Reino de Deus atribuye su propia recuperación de la covid-19 a los poderes de Dios y de la cloroquina, aunque no revelase en qué orden (Gonçalves, 2020). No sorprende que recientemente manifestantes bolsonaristas hayan desfilado al ritmo del himno nacional delante de una caja de cloroquina (Galvani, 2021).

Líderes neopentecostales próximos a Bolsonaro han usado redes sociales y aplicaciones de mensajes para minimizar la pandemia, predicar teorías conspiratorias, descalificar a la ciencia y divulgar historias de curas rocambolescas y remedios caseros. El pastor Silas Malafaia, aliado incondicional del presidente, usó su canal de YouTube, con más de un millón de suscriptores, para diseminar informaciones distorsionadas: «Los médicos y PhDs dicen que “la cuarentena funciona, no funciona, la cloroquina funciona, no funciona”. El desorden no proviene de las autoridades. Proviene de la ciencia misma» (citado en Valfre, 2020).

La producción activa de ignorancia de Bolsonaro redunda en una lógica retorcida según la cual, si no se ha comprobado la ineficacia de la cloroquina, las personas deben tomarla, invirtiendo, así, la carga de la prueba: «Si no existe otra alternativa, ¿por qué prohibir [la cloroquina]? Ah, no hay pruebas científicas de que sea eficaz. Pero tampoco hay pruebas científicas de que no haya pruebas eficaces. Ni que hay, ni que no hay», observó Bolsonaro en una entrevista (citado en Sakamoto, 2020). Al mismo tiempo que el presidente insiste en que él no es médico ni está recetando nada a nadie (*ibid.*), el Ministerio de Sanidad, instado por Bolsonaro, y en confrontación con diferentes sociedades médicas, defiende el uso de cloroquina y la hidroxiclороquina, a pesar de la evidencia científica que indica la ineficacia de ambos fármacos para combatir el nuevo coronavirus (Jansen, 2020).

La actitud del Gobierno de Bolsonaro es típica de la gestión de «conocimientos incómodos», que involucran, como fue señalado, la movilización deliberada de la ignorancia. En ese proceso hay un esfuerzo en desconocer la «diferencia», esto es, lo «conocido desconocido», que deliberadamente se renuncia a explicitar, por ejemplo, la ineficacia y efectos colaterales de la cloroquina o la falacia del aislamiento vertical. En ese proceso hay un intercambio entre «conocido» y «desconocido» según la situación y el interlocutor. Al hacerlo, la diferencia no se niega, oculta o ignora, pero no se presenta como una «verdad explícita»; se «oscila entre el conocimiento y el no conocimiento», contradiciendo los «compromisos científicos con una teoría del conocimiento por correspondencia» (Geissler, 2013: 17).

Steve Rayner describe cuatro estrategias de manejo del conocimiento incómodo: negación, rechazo, desvío y desplazamiento (2012). Como argumenté en otro trabajo, la gobernanza de la covid-19 del Gobierno Bolsonaro oscila entre la negación y el rechazo (Ortega y Orsini, 2020). La negación no es simplemente un estado psicológico o afectivo, «sino que también puede existir como una negativa persistente a actuar sobre la información o incluso aceptar su existencia» (Rayner, 2012: 113). Bolsonaro, por supuesto, no niega la existencia de covid-19, aunque hubo un momento en que su Gobierno intentó hacer «desaparecer» los datos diarios

sobre infecciones y muertes, pero fue de corta duración y fue severamente criticado como un intento simple de encubrir los hechos. Su postura anticencia se materializa en un rechazo de las recomendaciones de salud pública para contener la propagación del virus, además de negarse a reconocer el conocimiento científico acerca de los peligros de la hidroxiquina (Ortega y Orsini, 2020). Como explica Rayner (2012: 116):

El rechazo se distingue de la negación en que la negación no ofrece reconocimiento de que hay conocimiento incómodo disponible. El rechazo implica al menos un cierto nivel de compromiso explícito con el conocimiento incómodo, aunque solo sea para justificar el rechazo. Se pueden ofrecer muchas razones para rechazar el conocimiento incómodo. Estas incluyen las afirmaciones de que no es confiable, no es relevante, es impreciso, no es oportuno o se encuentra en una escala espacial incorrecta.

La gobernanza de la covid-19 en la era de Bolsonaro se caracteriza por el rechazo, negación, ignorancia o supresión del conocimiento incómodo, que, por lo tanto, no se doblga a la voluntad del presidente de la República. Lo que resulta incómodo para el Gobierno Bolsonaro es el «reconocimiento de que la formulación de políticas o la toma de decisiones deben guiarse (o al menos informarse por) la evidencia, la *expertise* imparcial y un deseo de utilizar la autoridad del estado para promover el bien común» (Orsini y Ortega, 2020: 1266). Ese estilo de gobierno que promueve curas milagrosas y desprecia el conocimiento científico abre el camino para el surgimiento de un «gobernanza sin Estado» (Nguyen, 2009), en que la falta de gobierno posibilita formas de gobernanza de base (Ortega y Orsini, 2020), como veremos en la próxima sección. El trabajo etnográfico de Nguyen examina la ausencia estatal en la gobernanza del VIH-sida en diversos países africanos y cómo diversos actores ocupan ese vacío estatal. Sin embargo, la gobernanza sin Gobierno, tal como se ha articulado en la literatura de ciencias políticas y políticas públicas, se ha preocupado por el fenómeno del «vaciamiento», en que las funciones previamente atribuidas al Estado se descargaban o transferían a otros actores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil. Esto no significa que el Gobierno haya desaparecido por completo, sino que las institucio-

nes típicas que asociamos con el Gobierno no están desempeñando su función (Rhodes, 2007).

En el caso del Brasil de Bolsonaro, la gobernanza sin Estado se traduce en una intensificación deliberada de la negligencia del Estado que ha permitido al Gobierno federal capitalizar una emergencia de salud pública para promover sus políticas de desposesión con efectos nocivos para las comunidades marginadas: las poblaciones negras e indígenas (Ortega y Orsini, 2020). El negacionismo se fusiona con la necropolítica (Mbembe, 2003) en este ejercicio grotesco de poder. «Así es como actúan los partidarios de la necropolítica», escribe un periodista de *The Intercept Brasil*, «negociando sobre el número de cadáveres para apoyar una narrativa política que pone la piel de gallina a la ciencia» (Filho, 2020).

La gobernanza sin Estado de Bolsonaro fusiona una «biopolítica neoliberal» que deja al virus «seguir su curso» mientras protege la economía (Ecks, 2020) y una variante de «neoliberalismo autoritario». Varios autores han examinado el surgimiento de tendencias autoritarias en el seno del neoliberalismo a partir del surgimiento de líderes populistas de extrema derecha en varios países. Analizando el contexto contemporáneo de Croacia, Hungría y Polonia, Stubbs y Lendvai-Bainton proponen una comprensión del neoliberalismo autoritario en esos países como «un proyecto gubernamental que utiliza medios sociales, políticos y económicos para producir divisiones específicas y sistemáticas, inseguridad y abandono que descansan, entre otras cosas, en un renovado familiarismo heteronormativo, repatriación, renovación demográfica nacional y étnica y sentimientos antiinmigrantes» (2020: 541).

En el caso de Brasil, el surgimiento del neoliberalismo autoritario fue posibilitado por una creciente percepción en las clases altas y medias (incentivada por una campaña virulenta orquestada a partir de 2013 por la oposición y la prensa dominante) de que la corrupción y la ineficiencia del Estado eran los mayores problemas del país, que todos los políticos eran corruptos y que el Partido dos Trabalhadores (PT), el partido de Lula y Dilma Rousseff, era especialmente vil. La campaña anticorrupción sugería dos estrategias para atajar el problema. La primera era «reducir el estado para expandir el sector privado (presumiblemente incorruptible), trans-

poner los comportamientos capitalistas en la esfera pública restante e integrar la racionalidad del capital (financiero) en la política estatal», o sea la «radicalización del neoliberalismo». La segunda consistía en insinuar que «solo un líder “fuerte” puede contener la corrupción» (Saad-Filho y Boffo, 2020). Una alianza de las élites económicas respaldó expectativas contradictorias con el objetivo de avanzar un programa sociopolítico y económico radicalmente neoliberal que solo un Gobierno autoritario podría implementar. La peculiar versión brasileña de neoliberalismo autoritario se distingue, según Saad-Filho y Boffo, por un «nacionalismo racializado» en la esfera doméstica que ejerce una discriminación radical contra poblaciones negras e indígenas.

El neoliberalismo autoritario de Bolsonaro coexiste con una impresionante falta de liderazgo de salud pública y la ausencia de un Gobierno central, involucrado en diversos escándalos, y que externalizó para estados y municipios el manejo de la pandemia. La gobernanza de la covid-19 se ejerce por ignorancia selectiva y por ausencia deliberada del Estado, produciendo consecuencias devastadoras para las comunidades marginadas y vulnerables, específicamente las comunidades negras e indígenas, que se analizan en la última parte de este artículo.

#### 4. Redes de solidaridad en la covid-19

Como muchos países del sur global, 13,5 millones de brasileños viven en situación de extrema pobreza, principalmente en favelas donde las familias se aglomeran en habitaciones minúsculas con acceso intermitente a agua y en condiciones insalubres. Más de 38 millones trabajan en empleos precarios. El Gobierno creó en abril de 2020 una «ayuda de emergencia» (el llamado «coronavale») de 600 reales brasileños mensuales (aproximadamente 100 euros), que fue reducida después de cinco meses a la mitad, y se prolongó hasta diciembre de 2020. Se discute actualmente su extensión hasta abril de 2021 con un valor menor de 250 reales. Esa ayuda prometida por el Gobierno Bolsonaro para quedarse en casa es insuficiente. Políticos de oposición, activistas y medios acusan al Gobierno de deshidratar la ayuda para que las personas tengan que salir de casa y, por lo tanto, no cumplan las ya tímidas medidas de aislamiento. El fin de

la ayuda puede mandar a 63 millones bajo la línea de pobreza y a otros 20 millones bajo la línea de pobreza extrema (Fantástico, 2021). Por otro lado, al igual que en muchos países del sur global, confinamientos sistemáticos, el lavado de manos y otras medidas de salud pública no son factibles en las favelas brasileñas, e, incluso, en el caso de confinamientos indiscriminados, pueden ser perjudiciales para la salud (Guimarães, 2020).

En contextos de vulnerabilidad socioeconómica, los narcotraficantes y grupos paramilitares han impuesto medidas de aislamiento social, incluidos toques de queda estrictos, para controlar la propagación del coronavirus en El Salvador, México y Brasil (Sullivan, Cruz y Bunker, 2020). En Brasil, el exministro de Sanidad Henrique Mandetta defendió la colaboración de narcotraficantes y milicianos (grupos paramilitares de Río de Janeiro) «porque también son seres humanos y necesitan colaborar, ayudar, participar» donde «el Estado está ausente» (*ibid.*). En contextos de presencia estatal limitada —que Wenzel Geissler denomina «para-Estados»—, el Estado continúa presente «aunque no tenga siempre el control o cumpla las expectativas legítimas de control» (Geissler, 2015: 2). Situaciones paraestatales permiten el surgimiento de nuevas formas de sociabilidad y de «ayuda mutua» para la movilización y supervivencia (Spade, 2020), a partir de estructuras preexistentes (asociaciones comunitarias, ONG), o construyendo nuevas redes y relaciones sociales de base (Ortega y Behague, 2020).

Varias favelas en las grandes ciudades brasileñas se han organizado para ocupar el vacío de una presencia estatal limitada y una gobernanza del coronavirus sin Gobierno. El *hashtag* #COVID19NasFavelas ha servido para que habitantes de favelas en Río de Janeiro denuncien el acceso desigual a derechos básicos, el estado de excepción en esas comunidades y la necropolítica del Estado brasileño. Entre las denuncias se encuentran la falta de acceso a pruebas de covid-19 y el subregistro de casos, la falta de camas de hospital y de UCI y la interrupción de la distribución de comida por causa de las operaciones policiales (Lima, 2020). En una de las mayores favelas de Río de Janeiro, el Complexo do Alemão, líderes comunitarios se han organizado para combatir la expansión del coronavirus, y han propuesto, entre otras medidas, presionar al poder público para

umentar el número de pruebas, apoyo para crear estrategias de comunicación directa, en un lenguaje propio y realizadas por comunicadores locales, ayuda a pequeños comerciantes y medidas para evitar la represión policial y la estigmatización de los residentes locales (Alemão, 2020). No se debe subestimar la importancia de esas acciones. Un informe del Instituto Polís, una ONG brasileña, concluye que la favela de Paraisópolis de São Paulo consigue controlar la pandemia mejor que el municipio de São Paulo. Mientras que la tasa de mortalidad en Paraisópolis era en mayo de 21,7 por 100.000 habitantes, la media municipal era de 56,2. Las medidas adoptadas en la comunidad abarcan la creación del sistema de *presidentes da rua*, compuesto por más de 400 voluntarios responsables de monitorear a las familias, recolectar y distribuir cestas de alimentos, y combatir *fake news*. La comunidad también contrató ambulancias y convirtió escuelas en centros de aislamiento. El informe enfatiza que Paraisópolis puede servir de modelo para otras comunidades (Polís, 2020).

Tales iniciativas locales de ayuda mutua y activismo desafían estrategias de salud global verticales y centradas en confinamientos estrictos y atención terciaria adoptadas en países de renta alta y ofrecen alternativas locales de contención de la pandemia. Como observa Sandra Jovchevitch: «La pandemia nunca será derrotada mediante políticas de arriba hacia abajo. [...] Debe haber una acción basada en la comunidad [...]. De esta manera, las favelas tienen mucho que enseñar al Norte global» (citada en Lopes, 2020).

El *ethos* que subyace a las redes de solidaridad y de ayuda mutua en las favelas no se explica simplemente a partir de la resiliencia, el altruismo o la necesidad, como varios medios internacionales han señalado (Lopes, 2020). Lo que vemos en las favelas del país es la movilización de redes e infraestructuras constituidas a lo largo de los años para enfrentar crisis anteriores, tales como inundaciones o las recurrentes y brutales incursiones policiales en las comunidades. Por lo tanto, podemos afirmar que los residentes y activistas de las favelas están creando y movilizan infraestructuras en lugar de sistemas, redes o instituciones (Behague, Minter y Ortega, 2021). La creación de infraestructuras se insiere en las nuevas

formas de política que ultrapasan la lucha por acceso a los derechos que el Estado no garantiza (Larkin, 2013).

La situación de la población negra en Brasil refleja desigualdades profundamente arraigadas en el país. No solo los trabajadores negros dependen más del trabajo informal que los blancos y, por lo tanto, están más expuestos al virus, sino que también la calidad de la atención médica y el acceso a servicios de salud son más precarios para este segmento. Consecuentemente, la tasa de mortalidad y de supervivencia al ser hospitalizados por covid-19 es mayor para brasileños negros. En comparación con los brasileños blancos, los brasileños negros y pardos con covid-19 que ingresaron en el hospital tenían un riesgo de mortalidad significativamente mayor (índice de riesgo [HR] 1.45, 95% IC 1.33–1.58 para brasileños pardos; 1.32, 1.15–1.52 para brasileños negros; en Baqui *et alii*, 2020). Entre la población negra, los quilombos han sido uno de los grupos más afectados. Originariamente lugares de refugio para esclavos fugitivos que formaron comunidades y cuyo derecho a la posesión de las tierras ocupadas por sus antepasados les fueron garantizados por la Constitución de 1988, sufren de racismo estructural y se encuentran al margen de las políticas públicas. La situación de vulnerabilidad se ha intensificado en el Gobierno de Bolsonaro, y especialmente durante la actual pandemia, que tiene el potencial de diezmar las comunidades quilombolas. La Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) denuncia la falta de pruebas y subregistros, dificultad de mantener el aislamiento social y de tener acceso a servicios de salud. Diversos quilombos en diversas regiones se han organizado para movilizar redes de donaciones de alimentos, acceso a servicios de salud e incluso erigir barreras sanitarias para protegerse de invasiones de granjeros (Polidoro, De Assis Mendonça y Meneghel, 2020; Valente, 2020).

Las poblaciones indígenas también están fuertemente amenazadas por la pandemia. El Gobierno de Bolsonaro, con el apoyo de los ruralistas, realiza un esfuerzo deliberado de destrucción ambiental de la región amazónica y sus pueblos tradicionales, siendo denunciado ante organismos internacionales. Su llamada «agenda de la muerte» incluye la apertura de unidades de conservación y tierras indígenas para agricultura,

minería y ganadería. La pandemia ha dado cobertura a este Gobierno para profundizar el asalto a esas tierras por mineros, madereros, invasores de tierras y deforestadores (Cupertino *et alii*, 2020). Kretã Kaingang, miembro de la Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), describe la covid-19 como una «amenaza sin precedentes», y califica la situación actual como la «intensificación de un genocidio que ha estado ocurriendo durante siglos y que ha empeorado en la administración actual» (citado en WWF-Brasil, 2020). Muchas de estas comunidades aisladas carecen de servicios de salud y acceso a medicamentos y se encuentran lejos de hospitales.

Para minimizar el impacto se han formado grupos de ayuda mutua que han construido barreras sanitarias, impuesto confinamientos selectivos y creado espacios para aislar y ayudar a las personas infectadas (Ebrahim, 2020). El ejemplo de los kuikuro de la cuenca del Alto Xingu es notable. En vez de esperar la ayuda del Gobierno, consiguieron recaudar fondos para suministros médicos con la ayuda de ONG y universidades, contrataron a un médico y a una enfermera, cerraron las aldeas y aislaron los enfermos. Su experiencia con brotes de sarampión fue fundamental. También fueron astutos para recusar el *kit covid* a base de cloroquina e ivermectina ofrecido por el Gobierno, «porque no estaba respaldado por estudios», y combatir las *fake news*. Los números hablan por sí solos: entre los aproximadamente 900 kuikuro, no hubo muertes y solo alrededor de 160 infecciones. Toda la comunidad ha sido vacunada (Uchoa, 2021).

## 5. Conclusión

El «conocimiento incómodo» sobre covid-19 es mucho más que incómodo: ha sido fatal para miles de brasileños que enfrentan racismo estructural, pobreza y desventaja acumulativa. A día de hoy (3 de junio de 2021) los muertos ya superan los 467.000 y los casos positivos alcanzan los 16.720.000, y la red sanitaria nacional (pública y privada) está totalmente colapsada, con miles de enfermos esperando una cama de UCI, falta de oxígeno y medicamentos para intubación. Obviamente la movilización deliberada de la ignorancia por el Gobierno de Bolsonaro se explica por el recelo de que reconocer la gravedad del problema pueda acelerar el fin

del mandato del presidente. Por eso la inactividad de la gobernanza de la pandemia contrasta con las acciones para asegurar y consolidar el apoyo de su base electoral. Formas de gobierno disfuncionales y corruptas están presentes en democracias avanzadas y emergentes. Sin embargo, cuando la ausencia de acciones concretas del Gobierno causa la muerte a su población, entramos en un terreno peligroso en el que el poder de no hacer nada puede tener resultados catastróficos: «El líder con el segundo nombre mesiánico, que afirma haber sido elegido por Dios para liderar este país, debe rezar para que su fortuna política mejore, o los dioses de la salud pública podrían lanzar sus rayos y exigir su venganza» (Ortega y Orsini, 2020: 1272).

El desarrollo de políticas e intervenciones de salud global para enfrentar la pandemia de covid-19 en contextos de extrema vulnerabilidad demanda superar las estrategias verticales, de tamaño único y de «arriba hacia abajo», que, como vimos, desconsideran las condiciones de vida de individuos y comunidades objetivo de las acciones, e involucrar esos grupos en su concepción e implementación. Tal cambio de perspectiva conlleva el análisis cuidadoso de las especificidades culturales, históricas y socioeconómicas de los contextos y las experiencias situadas de los individuos y grupos en sus territorios. Solo así se obtienen evidencias relevantes e intervenciones adecuadas para esos grupos.

Las diferentes iniciativas comunitarias que están desarrollándose por diferentes grupos en Brasil (comunidades negras e indígenas, residentes de favelas) no se pueden reducir a actividades de caridad, y no están simplemente llenando localmente y de forma precaria el vacío dejado por la ausencia estatal. Obviamente, no se debe exagerar la capacidad de los actores fuera del Estado para salvar la frágil economía y la sociedad brasileña de un líder que tiene dudosas cualidades de liderazgo. Además, iniciativas comunitarias corren el riesgo de reproducir prácticas de dependencia orientadas hacia la caridad y la lógica filantrópica, y con ello perpetuar estructuras de inequidad existentes (Escobar, 2018; Ortega y Behague, 2020). Sin embargo, numerosos ejemplos de colaboración de redes de solidaridad y grupos de ayuda mutua con profesionales de medicina social y salud colectiva latinoamericana permiten alcanzar transformaciones

más profundas en las determinaciones sociales de la salud. Esas iniciativas populares comportan una importante dimensión afectiva y colectiva, con potencial de reducción de las divisiones de género y clase, así como de raza y origen étnico. Pueden crear redes para la soberanía local e imaginar nuevas formas de organización social, desestabilizando relaciones paternalistas con el Estado y transformando desigualdades institucionalizadas y sus causas históricas. En un momento en que grandes segmentos de la población participan del debate público sobre las respuestas a la pandemia y, lo que es aún más importante, sobre los problemas infraestructurales y sociales que subyacen a la emergencia sanitaria, es crucial evaluar el impacto de esas iniciativas comunitarias sobre la salud y la justicia social. Esos movimientos originarios del sur global tienen el potencial de desafiar la propia geopolítica de la salud global idealizada en el norte global, cuyas limitaciones han sido expuestas por las estrategias globales de contención pandémica (Ortega y Behague, 2020).

## 6. Bibliografía

- ABIMBOLA, S. y PAI, M. (2020). «Will global health survive its decolonisation?» *Lancet*, 396 (10263), 1627-1628. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32417-X. PMID: 33220735.
- ADAMS, V., BEHAGUE, D., CADUFF, C., LÖWY, I. y ORTEGA F. (2019). «Reimagining global health through social medicine». *Global Public Health*, 14 (10), 1383-1400.
- ADAMS, V., BURKE, N. J. y WHITMARSH, I. (2014). «Slow Research: Thoughts for a Movement in Global Health». *Medical Anthropology*, 33 (3), 179-197.
- ALEMÃO. (2020). *Juntos pelo Complexo do Alemão. Carta aberta sobre o coronavírus nas favelas*. 26 marzo. Disponible en: <[https://docs.google.com/document/d/1GNBBigO2ewVxRuLNJM17Wkxodho\\_BsFRB4398bufbgE/edit?fbclid=IwAR1oFMIGPloKxRop7osHf9B6ocQtGg1FMVbUoN-6NfeFnoCsHTSRhXT3aC4I](https://docs.google.com/document/d/1GNBBigO2ewVxRuLNJM17Wkxodho_BsFRB4398bufbgE/edit?fbclid=IwAR1oFMIGPloKxRop7osHf9B6ocQtGg1FMVbUoN-6NfeFnoCsHTSRhXT3aC4I)> (consultado: 3 de febrero de 2021).
- ALIO, M., ALRIHAWI, S., MILNER, J., NOOR, A., WAZEFADOSTY, N. y ZIGASHANE, P. (2020). «By refugees, for refugees: refugee leadership during COVID-19, and beyond». *Forced Migration Review*, 64. Disponible en:

- <<https://www.fmreview.org/issue64/alio-alrihawi-milner-noor-wazefadost-zigashane>> (consultado: 2 de marzo de 2021).
- ALMEIDA-FILHO, Naomar (2021). «Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista». En A. O. SANTOS y L. LOPES (eds.). *Pandemia COVID-19 - Principais Elementos* (pp. 214-225). Brasília: CONASS.
- ANDREAZZA, C. (2020). «A eucaristia bolsonarista». *O Globo*, 21 de julio. Disponible en: <<https://oglobo.globo.com/opiniao/a-eucaristia-bolsonarista-24542357?utm>> (consultado: 15 de diciembre de 2020).
- BAQUI, P., BICA, I., MARRA, V., ERCOLE, A. y VAN DER SCHAAR, M. (2020). «Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study». *Lancet Glob Health*, 8 (8), e1018-e1026. Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)>.
- BÉHAGUE, D. P. y STORENG, K. T. (2013). «Pragmatic politics and epistemological diversity: the contested and authoritative uses of historical evidence in the Safe Motherhood Initiative». *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 9 (1), 65-85.
- BEHAGUE, D., MINTER, T. y ORTEGA, F. (2021). «Solidaridad, infraestructura y pedagogía crítica durante la pandemia de COVID-19: lecciones de Brasil». *Laboratorio Filosófico sobre la Pandemia y el Antropoceno*. Red Española de Filosofía (REF). Disponible en: <<https://redfilosofia.es/laboratorio/2021/02/15/el-laboratorio-conversa-con-dominique-p-behague-trey-minter-y-francisco-ortega/>> (consultado: 15 de marzo de 2021).
- BETTS, A., EASTON-CALABRIA, E. y PINCOCK, K. (2020). «Refugee-led responses in the fight against COVID-19: building lasting participatory models». *Forced Migration Review*, 64, 73-76. Disponible en: <<https://www.fmreview.org/issue64/betts-eastoncalabria-pincock>> (consultado: 25 de enero de 2021).
- BRAVO, M. I. S., PELAEZ, E. J. y DE MENEZES, J. S. B. (2020). «A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências». *SER Social*, 22 (46), 191-209. Disponible en: <[https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25630](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630)>

- CASH, R. y PATEL, V. (2020). «Has COVID-19 subverted global health?» *Lancet*, 395 (10238), 1687-1688. Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8)>.
- CARDIM, M. E. y LIMA, B. (2020). «“Brasil é grande exemplo de combate à covid no mundo”, diz secretário». *Correio Braziliense*, 15 de julio. Disponible en: <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/07/15/interna-brasil,872504/brasil-e-grande-exemplo-de-combate-a-covid-no-mundo-diz-secretario.shtml>> (consultado: 27 de noviembre de 2020).
- CASTRO, M. C., MASSUDA, A., ALMEIDA, G., MENEZES-FILHO, N. A., ANDRADE, M. V., DE SOUZA NORONHA, K. V. M., ROCHA, R., MACINKO, J., HONE, T., TASCA, R., GIOVANELLA, L., MALIK, A. M., WERNECK, H., FACHINI, L. A. y ATUN, R. (2019). «Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future». *Lancet*, 27, 394 (10195), 345-356. Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)>
- COLLIER, S. y ONG, A. (2005). «Global Assemblages, Anthropological Problems». En S. COLLIER y A. ONG (eds.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (pp. 3-21). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- CUPERTINO, G. A., CUPERTINO, M. C., GOMES, A. P., BRAGA, L. M. y SIQUEIRA-BATISTA, R. (2020). «COVID-19 and Brazilian indigenous populations». *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103 (2), 609-612. Disponible en: <<https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0563>>
- DALGLISH, S. L. (2020). «COVID-19 gives the lie to global health expertise». *Lancet*, 395, 1189 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30739-X.
- DIETHELM, P. y MCKEE, M. (2009). «Denialism: What is it and how should scientists respond?» *European Journal of Public Health*, 19 (1), 2-4. Disponible en: <<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn139>>
- DU TOIT, A. (2020). «COVID-19 responses in Africa: Ok, one size doesn't fit all. Now what?» *African Arguments*, 28 de abril. Disponible en: <<https://africanarguments.org/2020/04/28/covid-19-responses-in-africa-ok-one-size-doesnt-fit-all-now-what/>> (consultado: 5 de febrero de 2021).

- EBRAHIM, R. (2020). «Indígenas têm suas próprias estratégias para combater coronavírus». *Marco Zero*, 16 de junio. Disponible en: <<https://marcozero.org/indigenas-tem-suas-proprias-estrategias-para-combater-coronavirus/>> (consultado: 10 de noviembre de 2020).
- ECKS, S. (2020). «Coronashock capitalism: The unintended consequences of radical biopolitics». *Medical Anthropology Quarterly blog*, 6 de abril. Disponible en: <<http://medanthroquarterly.org/2020/04/06/coronashock-capitalism-the-unintended-consequences-of-radical-biopolitics>> (consultado: 2 de noviembre de 2020).
- EDITORIAL (2020). «Redefining vulnerability in the era of COVID-19». *Lancet*, 395 (10230). Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)>
- ESCOBAR, A. (2018). *Designs for the pluriverse: Radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Durham: Duke University Press.
- FANTASTICO (2021). «Especial: fim do auxílio emergencial pode deixar 63 milhões abaixo da linha da pobreza». *g1 - O Globo*, 31 de enero. Disponible en: <<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2021/01/31/especial-fim-do-auxilio-emergencial-pode-deixar-63-milhoes-abaixo-da-linha-da-pobreza.ghtml>> (consultado: 25 de marzo de 2021).
- FILHO, J. (2020). «Coronavírus: mentiras fabricadas pelo ‘gabinete do ódio’ ditam ações do presidente no combate à pandemia». *The Intercept Brasil*, 12 de abril. Disponible en: <<https://theintercept.com/2020/04/12/gabinete-odio-coronavirus-bolsonaro>> (consultado: 10 de noviembre de 2020).
- GALVANI, N. (2021). «Manifestantes prestam continência a caixa de cloroquina; imagem viraliza». *Estado de Minas*, 26 de marzo. Disponible en: <[https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/03/26/interna\\_nacional,1250828/manifestantes-prestam-continencia-a-caixa-de-clo-roquina-imagem-viraliza.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/03/26/interna_nacional,1250828/manifestantes-prestam-continencia-a-caixa-de-clo-roquina-imagem-viraliza.shtml)> (consultado: 28 de marzo de 2021).
- GEISSLER, P. W. (2013). «Public secrets in public health: Knowing not to know while making scientific knowledge». *American Ethnologist*, 40 (1), 13-34. Disponible en: <<https://doi.org/10.1111/amet.12002>>

- GEISSLER, P. W. (2015). «Introduction: A life science in its African para-state». En P. W. GEISSLER (ed.). *Para-states and medical science: Making African global health* (pp. 1-46). Durham: Duke University Press.
- GHSI (2019). «Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability». *Nuclear Threat Initiative and Center for Health Security*. Bloomberg School of Public Health. Johns Hopkins University. Disponible en: <<https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>> (consultado: 20 de noviembre de 2020).
- GLASSMAN, A., CHALKIDOU, K. y SULLIVAN, R. (2020). «Does one size fit all? Realistic alternatives for COVID-19 response in low-income countries». *Center for Global Development*, 2 de abril. Disponible en: <<https://www.cgdev.org/blog/does-one-size-fit-all-realistic-alternatives-covid-19-response-low-income-countries>> (consultado: 25 de enero de 2021).
- GROVE, J. (2020). «Does global health still have a colonial mindset?» *Times Higher Education*, 15 de julio. Disponible en: <<https://www.timeshighereducation.com/news/does-global-health-still-have-colonial-mindset>> (consultado: 29 de noviembre de 2020).
- GUIMARÃES, L. (2020). «Favelas serão as grandes vítimas do coronavírus no Brasil», diz líder de Paraisópolis. *BBC News Brasil*, 18 de marzo. Disponible en: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/03/18/favelas-serao-grandes-vitimas-do-coronavirus-no-brasil-diz-lider-de-paraisopolis.htm>> (consultado: 14 de diciembre de 2020).
- GUIMARÃES, J. R. y SANTOS, R. T. (2019). «Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS». *Saúde em Debate*, 43, 219-233.
- HIRSCH, A. (2020). «Why are Africa's coronavirus successes being overlooked?» *The Guardian*, 21 de mayo. Disponible en: <<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/may/21/africa-coronavirus-successes-innovation-europe-us>> (consultado: 2 de diciembre de 2020).
- JANA, S. (2020). «Can India Contain the Pandemic?» *Scientific American*, 4 de abril. Disponible en: <<https://blogs.scientificamerican.com/ob->

- servations/can-india-contain-the-pandemic/> (consultado: 25 de noviembre de 2020).
- JANSEN, R. (2020). «Ministério da Saúde pede para a Fiocruz que divulgue cloroquina como tratamento inicial de covid-19». *Estadão*, 16 de julio. Disponible en: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-pede-para-a-fiocruz-que-divulgue-cloroquina-como-tratamento-inicial-de-covid-19,70003366621>> (consultado: 5 de diciembre de 2020).
- JOHNSON, O. y GORONGA, T. (2020). «Why communities must be at the centre of the Coronavirus disease 2019 response: Lessons from Ebola and human immunodeficiency virus in Africa». *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12 (1). doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2496>.
- KIENZLER, H. y LOCKE, P. (2020). «The Effects of Societal Violence in War and Post-War Contexts». En R. G. WHITE *et alii* (eds.). *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health* (pp. 285-305). London: Palgrave Macmillan.
- KURIAN, O. C. (2020). «How a small Indian state flattened the coronavirus curve». *The Guardian*, 21 de abril. Disponible en: <<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/21/kerala-indian-state-flattened-coronavirus-curve>> (consultado: 25 de octubre de 2020).
- LAKOFF, A. (2017). *Unprepared: Global Health in a Time of Emergency*. Berkeley: University of California Press.
- LARKIN, B. (2013). «The politics and poetics of infrastructure». *Annual Review of Anthropology*, 42, 327-343.
- LIMA, T. (2020). «Doze Evidências da Necropolítica Frente à Covid-19 nas Favelas #OQueDizemAsRedes». *RioOnWatch*. #Covid19NasFavelas, 12 de mayo. Disponible en: <<https://rioonwatch.org.br/?p=47191>> (consultado: 13 de noviembre de 2020).
- LOPES, M. (2020). «Brazil's favelas, neglected by the government, organize their own coronavirus fight». *The Washington Post*, 10 de junio. Disponible en: <[https://www.washingtonpost.com/world/the\\_americas/coronavirus-brazil-favela-sao-paulo-rio-janeiro](https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/coronavirus-brazil-favela-sao-paulo-rio-janeiro)>

- bolsonaro/2020/06/09/8bo3e000-aa74-11ea-9063-e69bd6520940\_story.html> (consultado: 22 de noviembre de 2020).
- MASSUDA, A., HONE, T., LELES, F. A. G., DE CASTRO, M. C. y ATUN, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3, e000829. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
- MBEMBE, A. (2003). «Necropolitics». *Public Culture*, 15 (1), 11-40.
- McGOEY, L. (2012). «Strategic unknowns: Towards a sociology of ignorance». *Economy and Society*, 41 (1), 1-16. Disponible en: <<https://doi.org/10.1080/03085147.2011.637330>>
- MILLS, C. (2014). «Psychotropic Childhoods: Global Mental Health and Pharmaceutical Children». *Children & Society*, 28 (3), 194-204.
- NGUYEN, V.-K. (2009). «Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa». *Social Theory & Health*, 7 (3), 196-217. Disponible en: <<https://doi.org/10.1057/sth.2009.12>>
- ORTEGA, F. y BEHAGUE, D. (2020). «O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil». *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 30 (2), e300205. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0103-733120200300205>>
- ORTEGA, F. y ORSINI, M. (2020). «Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership». *Global Public Health*, 15 (9), 1257-1277. doi: 10.1080/17441692.2020.1795223.
- PADILHA, A. (2020). «O negrogoverno Bolsonaro isolado da ciência e do mundo». *Le Monde Diplomatique – Brasil*, 12 de junio. Disponible en: <<https://diplomatique.org.br/o-necrogoverno-bolsonaro-isolado-da-ciencia-e-do-mundo>> (consultado: 24 de noviembre de 2020).
- PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L. y MACINKO, J. (2011). «The Brazilian health system: History, advances, and challenges». *Lancet*, 377 (9779), 1778-1797. Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)>

- PARKER, R. (2020). «Brazil and the AIDS crisis». *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*. Disponible en: <<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.865>>
- PHILLIPS, D. (2020). «'Like going back 40 years': dismay as Bolsonaro backs abstinence-only sex ed». *The Guardian*, 17 de enero. Disponible en: <<https://www.theguardian.com/world/2020/jan/17/brazil-bolsonaro-backs-abstinence-only-sex-education>> (consultado: 28 de noviembre de 2020).
- POLIDORO, M., DE ASSIS MENDONÇA, F. y MENEGHEL, S. N. *et alii* (2020). «Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of COVID-19 in South Brazil». *J. Racial and Ethnic Health Disparities*. Disponible en: <<https://doi.org/10.1007/s40615-020-00868-7>>
- PÓLIS (2020). «Paraisópolis tem melhor controle da pandemia do que o município de São Paulo». *Instituto Pólis*. Junio. Disponible en: <<https://agenciagalo.com/wp-content/uploads/2020/06/Release-P%C3%B3lis-Parais%C3%B3polis.pdf>> (consulta: 13 de diciembre de 2020).
- RAYNER, S. (2012). «Uncomfortable knowledge: The social construction of ignorance in science and environmental policy discourses». *Economy and Society*, 41 (1), 107-125. Disponible en: <<https://doi.org/10.1080/03085147.2011.637335>>
- RHODES, R. A. W. (2007). «Understanding governance: Ten years on». *Organization Studies*, 28 (8), 1243-1264.
- SAKAMOTO, L. (2020). «Bolsonaro dispara rajada de mentiras e distorções sobre covid em 2 minutos». *UOL notícias*, 16 de julio. Disponible en: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/07/16/bolsonaro-dispara-metralhadora-de-mentiras-sobre-a-covid-em-dois-minutos.htm>> (consultado: 12 de diciembre de 2020).
- SAMPEDRO, J. (2020). «Vietnam como inspiración». *El País*, 15 de julio. Disponible en: <<https://elpais.com/opinion/2020-07-15/vietnam-como-inspiracion.html>> (consultado: 25 de noviembre de 2020).
- SHAMASUNDER, S., HOLMES, S. M., GORONGA, T., CARRASCO, H., KATZ, E., FRANKFURTER, R. y KESHAVJEE, S. (2020). «COVID-19 reveals weak health systems by design: Why we must re-make global health in

- this historic moment». *Global Public Health*, 15 (7), 1083-1089. doi: 10.1080/17441692.2020.1760915.
- SILVA, W. M. F. y RUIZ, J. L. S. (2020). «A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal». *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30 (3), e300302. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>>
- SPADE, D. (2020). «Solidarity not charity: Mutual aid for mobilization and survival». *Social Text*, 38 (1), 131-151. Disponible en: <<https://doi.org/10.1215/01642472-7971139>>
- SULLIVAN, J. P., CRUZ, J. A. y BUNKER, R. J. (2020). «Third Generation Gangs Strategic Note No. 22: Rio's Gangs Impose Curfews in Response to Coronavirus». *Small Wars Journal*, 10 de abril. <<https://smallwarsjournal.com/jrnl/art/third-generation-gangs-strategic-note-no-22-rios-gangs-impose-curfews-response-coronavirus>> (consultado: 17 de diciembre de 2020).
- STUBBS, P. y LENDVAI-BAINTON, N. (2020). «Authoritarian Neoliberalism, Radical Conservatism and Social Policy within the European Union: Croatia, Hungary and Poland». *Development and Change*, 51, 540-560. doi: 10.1111/dech.12565.
- TSING, A. L. (2005). *Friction: An ethnography of global connection*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- UCHOA, P. (2021). «Covid-19: Desamparados pelo governo, indígenas Kuikoro venceram a pandemia com base na ciência e ajuda de financiamento coletivo». *BBC News Brasil*, 28 de marzo. Disponible en: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56519554>> (consultado: 29 de marzo de 2021).
- UOL (2020). «Bolsonaro diz ter tomado 3ª dose de hidroxicloroquina: 'Está dando certo'». *UOL notícias*, 7 de julio. Disponible en: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/07/07/bolsonaro-diz-ter-tomado-3-dose-de-hidroxicloroquina-esta-dando-certo.htm>> (consultado: 14 de noviembre de 2020).
- VALENTE, R. (2020). «A morte invisível de quilombolas pela Covid-19; já são seis casos no país». *Notícias UOL*, 25 de abril. Disponible en: <<https://>

- noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/04/25/coronavirus-quilombolas-brasil.htm» (consultado: 3 de diciembre de 2020).
- VALFRE, V. (2020). «Religiosos formam rede de desinformação sobre covid-19». *Estadão*, 18 de julio. Disponible en: <<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,religiosos-formam-rede-de-desinformacao-sobre-covid-19,70003368468>> (consultado: 10 de diciembre de 2020).
- VIDAL, F. y ORTEGA, F. (2017). *Being Brains: Making the Cerebral Subject* (Series «Forms of Living»). New York: Fordham University Press.
- WWF-BRAZIL (2020). «Coronavirus: indigenous and traditional populations cannot be forsaken». *WWF-Brazil*. Disponible en: <<https://www.wwf.org.br/informacoes/english/?75802/Coronavirus-indigenous-and-traditional-populations-cannot-be-forsaken>> (consultado: 2 de enero de 2021).
- ZENCO, M. (2020). «The Coronavirus Is the Worst Intelligence Failure in U.S. History». *Foreign Policy*, 25 de marzo. Disponible en: <<https://foreignpolicy.com/2020/03/25/coronavirus-worst-intelligence-failure-us-history-covid-19/>> (consultado: 15 de noviembre de 2020).