

GUILLEMO EDUARDO BARRERA BUTELER

Director

**EL DERECHO ARGENTINO
FRENTE A LA PANDEMIA Y
POST-PANDEMIA COVID-19**

TOMO III

*Colección de Estudios Críticos
de la Facultad de Derecho
de la Universidad Nacional de Córdoba*

COORDINADORES:
MAXIMILIANO RAIJMAN
RICARDO DANIEL EREZIÁN

Córdoba
2020

INDICE GENERAL

TOMO III

DERECHO DE LOS RECURSOS NATURALES Y AMBIENTAL

El Derecho Ambiental frente a la pandemia y post pandemia COVID-19 algunas perspectivas

Aldo Novak21

Sustentabilidad y extractivismo: análisis crítico en contexto de pandemia

Darío Ávila, María Laura Foradori y Soledad Graupera25

II. Género y ambiente: su inclusión en la agenda pública a partir del COVID-19

Coordinadora: Graciela Tronca

María Cecilia Tello Roldán, María Eugenia Villalba y

Candela González45

DERECHO DE LA NAVEGACIÓN, TRANSPORTE Y COMUNICACIONES

Derecho Aduanero. Derecho del turismo

Giselle Javurek

Profesores: M. Soledad Pesqueira Nozikovsky, Ernesto Frontera Villamil, Juan Marcelo Cinalli y Hugo Rivarola

Adscriptos: Nelly Baigorria, Diego Cevallos, Victoria Ferronato, Maricel Freijo, M. Victoria Giubergia, Paula González Boarini,

<i>Guadalupe Hidalgo, Ignacio Latini Marramá, Iván Luna, Noelia I Mana, Dante Ariel Nuñez, Lucía Olivier y Erika Saimandi</i>	69
---	----

DERECHO PROCESAL

La justicia y el proceso judicial frente a la pandemia y post pandemia COVID-19

<i>Rosa A. Avila Paz de Robledo</i> Profesores: <i>Mario R. Lescano, Mariano G. Lescano, Mariela Roldán, Carolina Vallania, Roxana Garay, y Santiago Molina Sandoval</i>	125
---	-----

La Justicia y las personas en condiciones de vulnerabilidad frente a la Pandemia y Post Pandemia COVID-19

<i>Rosa A. Avila Paz de Robledo</i> <i>Federico M. Arce, Víctor Luna Cáceres, Horacio L. Cabanillas, Miriam Mabel Marchetti, Daniela Moyano Escalera, Eric A. Opl</i>	189
--	-----

Acceso a la justicia en el COVID-19. Caso fortuito y la reforma procesal

<i>Cristina González de la Vega</i>	259
---	-----

Nuevas tecnologías en la justicia civil de Córdoba en tiempos de pandemia COVID-19

<i>Leonardo González Zamar</i>	269
--------------------------------------	-----

El proceso judicial en la época de la pandemia COVID-19. El Ministerio Público Fiscal en la oralidad

<i>Silvia Elena Rodríguez y Ariel Ksen</i>	279
--	-----

Garantías judiciales en el COVID-19 desde la perspectiva del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y del sistema jurídico argentino

<i>Diego Robledo</i>	287
----------------------------	-----

La protección de datos personales en la nueva normalidad: salud pública y vigilancia digital

María Cecilia Tello Roldan.....297

La emergencia sanitaria COVID-19 y la tecnología en los procesos de familia en la provincia de Córdoba

Mariela Denise Antun y Sonia Elizabeth Cabral.....309

Justicia y pandemia: medidas implementadas en la justicia federal y provincial en el marco del COVID-19

*Adriana De Cicco, Ramón Agustín Ferrer Guillamondegui,
Natalia Luna Jabase y Mauricio Zambiazzo*317

La pandemia c 19 y el proceso judicial en Córdoba. Algunas reflexiones y las audiencias en el proceso penal.

Emilio Albarenga y Rodolfo Gaspar Lingua Rostagno.....331

TEORÍAS DEL CONFLICTO Y DE LA DECISIÓN.
MÉTODOS DERESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Pensando con Morin en tiempos de incertidumbre. La noción de sujeto y la organización de los conocimientos.

Elena Garcia Cima de Esteve y Noemi G. Tamashiro de Higa.....367

El derecho argentino frente a la pandemia: los aportes desde la teoría del conflicto y los rad.

Daniel Gay Barbosa393

Estragos vs. orden jurídico: consenso superador para la protección de los derechos.

María Cristina Di Pietro.....397

El aislamiento y la resolución de conflictos. Raúl Álvarez

Sergio Cattaneo.....411

El rol de mediador. Del amor en los tiempos del coronavirus <i>Carla Saad y Leonardo Colazo</i>	425
---	-----

DERECHO POLITICO

Pandemia. Decretos de necesidad y urgencia y constitución <i>Jorge Edmundo Barbará</i>	437
La reformulación estatal en un escenario de globalización y pandemia <i>Carlos Juárez Centeno</i>	453

ECONOMIA

Resolución de la CIDH 1/2020 “pandemia y derechos humanos en las Américas”. Una aproximación integral al documento emitido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA <i>Daniel Gattás</i>	487
--	-----

EDUCACION Y PANDEMIA

Educación y pandemia. Introducción <i>Graciela Ríos</i>	509
La política y el derecho educacional argentinos en tiempos de pandemia <i>Claudia Giacobbe y María Florencia Blanco Pighi</i>	513
“Educar” en pandemia el acceso a la educación digital vs la desigualdad en tiempos de pandemia <i>Noelia Nieva, Rosa Carnero, Florencia Pereyra y Lucas Cajeano</i>	531

Digitalización e igualdad educativa. ¿un equilibrio inestable? Un análisis de los espacios virtuales, las TIC y su necesidad en la educación básica a partir de la experiencia de emergencia sanitaria y confinamiento social

Matías Parmigiani y Paula Gastaldi 557

ETICA Y DERECHO

La pandemia como remedio de la política

Hugo Omar Seleme 583

SOCIOLOGIA JURIDICA

Pandemia COVID-19. Biopolítica y estado de excepción

Martha Díaz de Landa 599

PANDEMIA COVID-19. BIOPOLÍTICA Y ESTADO DE EXCEPCIÓN

MARTHA DÍAZ DE LANDA¹

Introducción

Abordar en tiempo presente un proceso de tendencia abierta como es la pandemia del COVID-19 es un desafío que coloca al analista social, desde su inicio y en su decurso, en una posición precaria teórica y empíricamente.

Entre las múltiples problemáticas que se expresan en este inédito proceso, delimitar la atención a una de ellas exige explicitar al menos la perspectiva disciplinar desde la que se pretende proponer una lectura posible, tanto de lo que acontece en el durante como de lo que se espera suceda en el tiempo denominado por los más optimistas como post pandemia y por los considerados realistas, tiempo de convivencia con el virus COVID-19, a la espera de una vacuna eficaz. Supuesto que abona la creencia en una instancia de conclusión y por ende del levantamiento de las medidas sanitarias adoptadas.

¿Qué lectura puede aportar la sociología jurídica cuando ella misma es una disciplina que abarca un vasto campo de conocimiento y problematizaciones? Se trata entonces de acotar las problemáticas de interés que me interpelan como relevantes tanto desde la disciplina como desde las ciencias sociales en general.

Para el análisis de la pandemia COVID-19, particularmente en Argentina y en América Latina, como también de las posibles tendencias pos

¹ Doctora en Derecho y Ciencias Sociales. Profesora Emérita. Ex Catedrática de Sociología Jurídica de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Ex Decana de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Católica de Córdoba.

pandemia, considerando las particularidades de la situación de este país y de la región, advierto como problemas centrales los que se expresan en tres espacios colectivos estratégicos para la regulación y gestión de la crisis y sus consecuencias.

El espacio social, aparentemente más evidente pero a la vez más invisibilizado, pone en juego la capacidad de autorregulación de los individuos para ajustar sus comportamientos a las exigencias del control de la pandemia. Seguramente, además, será uno de los factores centrales para la necesaria estabilidad que requerirá la salida o la flexibilización progresiva de las medidas sanitarias restrictivas.

El espacio económico y del trabajo, factor estrechamente ligado a la crisis de la pandemia, y a la vez sector afectado por las restricciones de la cuarentena, es de insoslayable consideración. La centralidad de este espacio se manifiesta en la principal tensión social y política que enfrenta intereses y posiciones divergentes en cuanto al alcance de actividades productivas, de servicios y continuidad de los puestos de trabajo, que por protección sanitaria son de ejercicio limitado y/o sujetos a transformaciones en su modalidad de prestación.

El tercer espacio que subrayo es el político-estatal en cuyo marco se destacan los dilemas, paradojas y capacidad de control institucional que se despliegan ante la toma de decisión de la política pública, la actuación jurisdiccional y de las dependencias operativas de seguridad. Todo ello en una situación de crisis múltiple y de riesgos para la salud de las personas, el bienestar de las familias, la producción y generación de recursos. Riesgos que comprometen seriamente la función e intervenciones del Estado, y la posibilidad de sanción de regulaciones que configure institucionalidades superadoras de las crisis de base que llevamos décadas en el país y en la región.

Muchas otras cuestiones quedan fuera de la consideración de este análisis las que, seguramente, serán tomadas por otros artículos que componen este libro colectivo de enfoque multidisciplinario y con foco en una diversidad de problemas. Problemas cuyo tratamiento resulta indispensable para el objetivo común propuesto: reflexionar sobre la emergencia y consecuencias de la reacción que nuestra sociedad y Estado tuvieron y tienen frente a la extensión de la pandemia, con particular énfasis en el sistema jurídico.

La mirada analítica que elijo para diseccionar problemáticas específicas que responden a lógicas discernibles, no ignora la estrecha relación y retroalimentación entre lo que acontece en cada uno de los espacios colec-

tivos diferenciados: el social, el de la producción y el trabajo, y el político institucional.

Es importante tener presente que en el mes de mayo de 2009, la OMS cambió la definición de pandemia. Antes de ese cambio, “pandemia” se definía como: “Infección por un agente infeccioso, simultánea en diferentes países, con una mortalidad significativa en relación a la proporción de población infectada”.

En la nueva definición de “pandemia” se ha eliminado la característica de “mortalidad”, con lo cual cualquier enfermedad leve y pasajera que se propague en todo el mundo, puede ser denominada pandemia, no es necesario que sea letal. Sin embargo, pareciera que en el inconsciente colectivo, la definición sigue estando asociada a su anterior significado.

El trabajo se estructura alrededor de la idea de las contradicciones que supuestamente generan en el núcleo político jurídico del estado de derecho, las medidas gubernamentales de restricción de derechos para evitar la propagación de la pandemia. La descripción y el análisis crítico se entretujan para abordar el planteo definido, apoyados en una revisión de notas periódicas, documentos gubernamentales y de organizaciones nacionales e internacionales y artículos académicos.

Sucesivamente se exponen las siguientes problematizaciones: “La pandemia en el contexto argentino”; “La cuarentena, flexibilización o restricción. Parámetros sanitarios de su justificación”; “El comportamiento social. Riesgo y crisis en la lucha contra la pandemia”; “Las aporías del estado del derecho frente al avance de la pandemia”; “Lo que queda de la pandemia: la política al desnudo como biopolítica”; y por último las “Reflexiones finales”, que sistematiza conceptualmente las paradojas que quedan abiertas en el desarrollo que preceden a dichas reflexiones.

1. La pandemia en el contexto argentino.

El 3 de marzo de 2020, la sociedad argentina toma noticia del primer caso confirmado de contagio y del riesgo de la extensión a este territorio de la pandemia del COVID-19, cuatro días después los periódicos publicaban el primer caso de muerte por coronavirus de 2019-2020. La rápida expansión de los contagios en Europa, más difundido lo acontecido en Italia y España, advierte al gobierno nacional argentino sobre el riesgo del alcance que en nuestro territorio pueden tener los contagios considerando la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

Por decreto presidencial se ordena el aislamiento social preventivo y obligatorio, desde el 20 de marzo al 12 de abril al que adhieren inmediatamente Ciudad de Buenos Aires y todas las provincias argentinas. Iniciada así la denominada cuarentena, al correr de los distintos plazos de prórroga va sufriendo sucesivas modalidades, según fases de restricción, y territorialmente diversificada su implementación, según los niveles de contagio¹.

Sanitariamente en consecuencia, Argentina enfrentó la pandemia con una cuarentena (aislamiento) temprana y estricta que abarcó todo el país durante 24 días, seguida de una flexibilización por regiones, en la mayor parte del país, estableciendo protocolos de distanciamiento y manteniendo la cuarentena en fase uno en las áreas de alto contagio. Al mes de julio 2020, atento a las previsiones gubernamentales, el aislamiento administrado podría extenderse hasta mediados del segundo semestre del año. No obstante prevalece bastante incertidumbre sobre dichas previsiones.

Informa Perfil que “a 40 días de iniciada la cuarentena, cuenta oficialmente un total de 207 personas fallecidas y 4.127 contagiadas por la pandemia de COVID-19, (...) La principal franja afectada por la enfermedad corresponde a personas de 20 a 59 años, siendo la edad promedio de 44 años, mientras que la edad promedio de los fallecidos es de 73 años. De los nuevos contagios, 50 se reportaron en la capital argentina y 48 en la provincia de Buenos Aires, distritos que concentran más del 60% de los casos de todo el país. Del total de casos positivos de COVID-19 en Argentina, 909 (22%) son importados, 1.766 (42,8%) son contactos estrechos de casos. (Fuente www.perfil.com).

Tabla 1. COVID-19. Distribución por provincias de Contagios confirmados, Porcentaje (%) de Recuperados y Tasa de Letalidad. Estimación al 10/7/2020

Provincias	Confirmados	Recuperados/ Confirmados	Fallecidos	Tasa de Letalidad (*)
Buenos Aires	60660	29285 (48,28%)	1011	1,7
CABA	56360	17618 (31,26%)	970	1,7
Chaco	2751	2058 (75%)	121	4,9
Río Negro	1215	944 (77,70%)	53	4,4
Córdoba	1061	437 (41,19%)	39	3,7
Neuquén	842	458 (54,39%)	22	2,6
Jujuy	644	78 (12,11%)	24	3,7

Santa Fe	606	416 (68,65%)	8	1,3
Entre Ríos	571	180 (31,52%)	4	0,7
Mendoza	382	132 (34,55%)	13	3,4
Chubut	222	144 (64,86%)	2	0,9
Tierra del Fuego	199	139 (69,85%)	1	0,5
La Rioja	165	69 (41,81%)	13	7,9
Corrientes	129	119 (92,25%)	0	0,0
Salta	124	30 (24,19%)	1	0,8
Tucumán	93	58 (62,37%)	5	5,4
Santa Cruz	89	52 (58,42%)	0	0,0
Formosa	79	64 (81,01%)	0	0,0
Catamarca	56	0	0	0,0
Misiones	41	37 (90,24%)	3	7,3
Santiago del Estero	35	24 (68,57%)	0	0,0
San Juan	14	-. (s/d)	0	0,0
La Pampa	8	-. (s/d)	0	0,0
Totales	126.346 (100%)	52.342 (41,43%)	2.306	0,18
(*) Tasa de Letalidad= (Fallecidos/ Confirmados) x 100				

Al 10 de julio de 2020, se confirmaron 126.324 casos de personas infectadas, 52.342 recuperados y 2306 muertes en total. Advirtiendo que las mediciones y datos tienen por el momento cierta provisionalidad, algo admisible dada la inmediatez y contemporaneidad de este proceso de la pandemia COVID-19.

La Tabla 1 nos presenta la distribución por provincias de la cantidad de casos de contagio confirmados, el número de personas contagiadas que se recuperaron, las fallecidas y la estimación de la tasa de letalidad. Todas estas observaciones son acumulaciones que se observan desde inicio de marzo hasta los primeros días de julio.

Las cifras que presenta la Tabla 1 ilustran al menos dos tendencias. Primero, la gran concentración de contagios que suman dos espacios muy próximos y con fuerte intercambio y movilidad de personas entre ellos como son la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires. Entre ambos suman aproximadamente el 90% de los contagios y el 86% de los fallecidos.

En segundo lugar, en general es muy baja la tasa de letalidad total para el país y por provincias. Destacan por su mayor tasa de letalidad las provincias de La Rioja y Misiones, no obstante menores del 10% y con relativos pocos contagios. Al momento de los guarismos que comentamos y hacia adelante ya ninguna provincia deja de tener algún nivel de contagio. Las últimas provincias en agregarse fueron Catamarca, San Juan y La Pampa².

Gráfico 1. Evolución por día del contagio del Coronavirus (COVID-19) en Argentina desde el 3 de marzo al 16 de julio de 2020*.



*Publicado en: <https://www.perfil.com/noticias/coronavirus/pandemia-COVID-19-cronologia-del-coronavirus-en-argentina-tiempo-real.phtml>.

El gráfico anterior ilustra con claridad la curva pronunciada y ascendente de contagios producidos en el país, reportados sobre la base de casos confirmados y sospechados, tal cual indica la OMS deben ser registrados los casos de contagio.

2. La cuarentena, flexibilización o restricción. Parámetros sanitarios de su justificación.

Las provincias y la Ciudad de Buenos Aires quedaron facultadas desde el 12 de abril, al final de la primera etapa de la cuarentena, para solicitar excepción al régimen de aislamiento obligatorio, previo análisis de los protocolos por ellas propuestos al Gobierno Nacional. Se inaugura así la posibilidad en Argentina del régimen de distanciamiento social administrado en parte del territorio nacional mixturado con áreas de mayor riesgo que deben permanecer bajo el régimen de aislamiento social. Progresivamente éste se va flexibilizando con ciertos retrocesos a fases más estrictas de cuarentena en determinados lugares frente al riesgo de crisis del sistema sanitario.

Principal indicador para avanzar o no a una instancia de liberalización gradual de la situación de cuarentena es la capacidad de respuesta instalada del servicio de terapia intensiva (infraestructura, camas, respiradores y recursos humanos especializados) del sistema de salud (público y privado) en cada provincia, región, ciudad, y localidad.

La proyección de la relación enfermos de COVID-19/camas de terapia intensiva es la cuestión priorizada en la decisión política de los gobiernos de las distintas jurisdicciones de gobierno argentino, para transitar de la mayor restricción a una mayor flexibilización de espacios de relacionamiento social. El punto crucial, diría, en el que la proyección de los niveles de contagio encuentra el parámetro de riesgo mayor, es precisamente la disponibilidad de recursos sanitarios, en particular de las unidades de cuidados intensivos (UCI), camas instaladas y profesionales médicos y de enfermería especializados. El temido rebasamiento que preocupa mucho evitar en última instancia se funda en la inevitable decisión médica de quien vive y quien muere.

Según estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de lo observado en la evolución de la pandemia del COVID-19 alrededor del mundo, solo el 5% de las personas contagiadas pueden tener una situación crítica que exigirá la intervención del servicio de terapia intensiva y la disponibilidad de respiradores artificiales. La mayoría (80%) tendría una afección leve o moderada de la enfermedad y un 15 por ciento va a requerir cuidados especiales por complicaciones pulmonares y se va a tener que internar, no necesariamente en una UCI. Solo la mitad del 5% de los casos críticos necesitarán un respirador” (Ex Secretario de Salud de la Nación, Gobierno de M. Macri, Adolfo Rubinstein en una entrevista conInfobae³).

De acuerdo al sistema integrado de información sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2018, Argentina tiene 4,5 camas de internación por cada mil habitantes. La mayor cantidad de plazas están en la Capital Federal (7,1 por mil) y las provincias de Córdoba (5,9) y Buenos Aires (5). Menos que las 8 a 10 camas por 1000 habitante que recomienda la OMS. (Daniel Stambouliau, Profesor Emérito de Infectología de la Facultad de Medicina de la UCES y Voluntary Professor of Medicine of the University of Miami)⁴.

Del 1 de marzo y al 30 de junio de 2020, entre otros trabajos realizados para fortalecer el sistema de salud frente a la pandemia de coronavirus, a nivel nacional el número de camas de terapia intensiva con equipamiento aumentó un 36,9%. Por otro lado, según los datos de la cartera sanitaria, los respiradores mecánicos para asistir en la ventilación a personas con dificultades respiratorias, eran 6.211 en marzo, y, al 30 de junio, alcanzaban los 8.612, lo que supuso la incorporación de 2.401 artefactos, un incremento del 38,7 por ciento respecto al inicio de la pandemia.

La Secretaria de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, Carla Vizzotti sostuvo que “Gracias a esta expansión, todavía tenemos el cuarenta por ciento de las camas libres” (y además recalcó que) “si no se hubiera podido expandir y trabajar en conjunto con los municipios, las jurisdicciones, la seguridad social, y el sector privado para aumentar la capacidad del sistema de Salud, en este momento, las camas libres serían solo un diez por ciento”⁵.

Por su parte el Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, volvió a enfatizar la importancia de prevenir el contagio. “Es muy importante tener en cuenta que cada día es relevante en este momento, y que cada persona que evitemos que se infecte, y que evitemos que transmita el virus, es muy importante para minimizar el número de casos”, apuntó, y ponderó que “si bien es menor el porcentaje de personas que van a ocupar una cama de terapia intensiva y que van a tener un cuadro clínico crítico, que requiera de cuidados intensivos, que pueda complicarse o que pueda fallecer, cuantas más personas se infecten, aunque ese porcentaje sea chiquito, el número absoluto va a ser importante”. “Eso es lo que estamos tratando de evitar”, enfatizó⁶.

Así, el 96,1 por ciento de los nuevos diagnósticos tuvo lugar en las áreas de transmisión comunitaria del virus, que son la Ciudad de Buenos Aires y principalmente en el AMBA donde la situación es crítica⁷.

También sumaron nuevos casos, con algunos brotes regionales luego del levantamiento del Aislamiento Social y el inicio del Distanciamiento

Social, Preventivo y Obligatorio y del fin de la restricción a la circulación comunitaria, las provincias de Jujuy, que registró 158 contagios y tuvo el 2,6 por ciento del total de los nuevos positivos; Córdoba, que sumó 102 pacientes, el 1,7 por ciento del total; Entre Ríos y Santa Cruz, con 31 y 24 nuevos diagnósticos, respectivamente, alcanzaron menos del uno por ciento del total nacional cada una. Con diez o menos nuevos casos, hubo reportes en La Rioja, Corrientes, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Misiones, San Juan, Chubut, Formosa, Salta y San Luis, Catamarca, La Pampa y Tucumán⁸.

Córdoba en particular, en los últimos días de julio de 2020, ha llegado a un acumulativo de 1941 personas afectadas, 501 enfermos recuperados, 1394 contagios que permanecen activos y 46 muertes. Como es de esperar el mayor número de contagios se concentra en la ciudad de Córdoba (898), y en las áreas más urbanizadas Departamento Marcos Juárez (208; la ciudad de Marcos Juárez 153), Departamento Tercero Arriba (221; la ciudad de Oliva, 204), Departamento San Javier (145; Villa Dolores 137), Departamento Colón, Departamento Río Segundo y Departamento San Martín, 116, 91, y 71 casos respectivamente. De los 26 departamentos en los que se divide el territorio de Córdoba, no reportan casos seis departamentos que se encuentran en el norte y oeste provincial (Tulumba, Pocho, Minas, Sobremonte, Ischilín y Río Seco). El resto registra relativamente pocos casos, que van de 51 casos (Punilla) a apenas 1 caso (General Roca). En este grupo llama la atención el bajo número relativo de casos en Río Cuarto (13) y en Carlos Paz (12) dado su tamaño poblacional (segunda y tercera ciudades más pobladas del territorio provincial)⁹.

En abril el Gobierno de la Provincia de Córdoba informó que en tan solo 15 días se pasó de 482 camas críticas operativas a 755, y de contar con 326 camas con respiradores a 563. "Esto implica un incremento del 73 por ciento en la cantidad de camas críticas con respiradores; y estamos trabajando a destajo para que a fines de abril podamos alcanzar las 1.045 camas críticas en el sistema público provincial de salud", dijo Schiaretto, Gobernador de la provincia. A ello agregó que se encuentra en trámite la compra de respiradores en perspectiva de aumentar a 853 camas con respiradores, esto es un incremento del 170 por ciento¹⁰. Asimismo se ha reforzado la dotación de personal de salud. Hasta fines de Julio 2020 no se reporta en el marco del Gobierno Provincial preocupación crítica por la capacidad de respuesta del sistema de salud. En casos de deficiencias en algunos lugares del territorio provincial se ha procedido a la derivación de los afectados a unidades hospitalarias localizadas en otras zonas del territorio provincial.

El Ministerio de Salud de la Nación informó que la ocupación, por pacientes con COVID-19 y, también, afectados por otras patologías, escalaba a los picos máximos desde el inicio de la pandemia, con el 54,6 por ciento de las plazas utilizadas a nivel nacional, un indicador que, en el AMBA, alcanzaba al 70 por ciento integrando unidades públicas y privadas.

Mientras en la Ciudad de Buenos Aires, la ocupación de camas de terapia intensiva en el sector público era del 63% y en el privado de 73%. De acuerdo al Ministro de Salud Quirós, “esto tiene que ver, entre otras cosas, con que fueron cambiando las características socio económicas de los contagiados. Quedó atrás el pico en los barrios populares, también pasó por la clase media baja y ahora vemos un aumento en las clases medias altas”.

A inicios de la última semana de Julio de 2020 y atento a los informes del Ministerio de Salud de la Nación, la cifra total de contagios confirmados en Argentina se elevó a 162.526 (49,2% mujeres y 50,8% varones, edad promedio 37 años), la cantidad de personas fallecidas subió a 2.956 (edad promedio que ronda en los 74 años) y alrededor de un 45 % de personas recuperadas.

Advertidos sobre la provisionalidad de datos con las que se cuenta actualmente, dado el diferencial impacto que en los contagios han tenido los distintos tiempos y países, globalmente los con mayor número absoluto de contagio al mes de julio son Estados Unidos y Brasil (4.309.230 y 2.447.375 respectivamente), mientras que porcentualmente en relación al tamaño de la población se ubica en primer lugar Chile con un 1,81% (347.923 afectados), le sigue Estados Unidos con un 1,31%, Perú con 389.717 representa un porcentual de 1,21, y Brasil 1,17%. Argentina presenta el 0,36% sobre la población total, más bajo que Sudáfrica (0,78%), España (0,60), Bélgica (0,58), Rusia (0,56%), Reino Unido (0,46%), Italia (0,41) y un poco más alto que México (0,31%)¹¹.

Según la Organización Mundial de la Salud y las estadísticas relevadas por la universidad estadounidense Jonhs Hopkins, válidas hasta el 24 de julio de 2020, en el mundo hay 15.526.057 casos confirmados coronavirus y 633.656 son las personas fallecidas por complicaciones derivadas de la COVID-19 en todo el planeta. En el continente americano, los infectados alcanzan los 7.948.000, el 52,9 por ciento del total mundial. Entre los países más afectados de este continente, se encuentran Estados Unidos, que concentra el 48,7 por ciento de esos pacientes, y Brasil, que reúne al 27,1 por ciento. Argentina representa el 1,7 por ciento de los infectados americanos¹².

En cuanto a la tasa de letalidad, también con la advertencia sobre la provisionalidad de los datos que en tiempo y por lugares diversos van mutando rápidamente, precisamente los países europeos que sufrieron sorpresivamente el avance del COVID-19 son aquellos en los que se manifiestan las mayores tasas de letalidad. Francia (16,50), Reino Unido (15,20), Bélgica (14,79), Italia (14,25), España (10,13); contrasta con las anteriores Alemania (4,40). Por un lado, estos países debieron lidiar con poca información disponible sobre el nuevo coronavirus y las estrategias sanitarias para limitar su rápida propagación y el alto riesgo de letalidad sobre la franja etaria de 65 años o más, es decir el número de muertes sobre el número de personas afectadas¹³.

3. El comportamiento social. Riesgo y crisis en la lucha contra la pandemia.

Voces varias levantaron su preocupación sobre la gravedad de la situación sanitaria y su onda expansiva sobre la vida social, la economía y la situación de cada uno de nosotros, habitantes de este mundo.

La Primer Ministra de Alemania, Angela Merkel, advirtió que el planeta no ha conocido una situación tan grave como la que está transcurriendo con la pandemia COVID-19 desde la Segunda Guerra Mundial. En un discurso dirigido a la ciudadanía de su país expresó que el nuevo virus ha trastocado la normalidad, la vida pública de la sociedad en nuestros días y las formas de interacción sobre cuyas bases hemos organizado nuestros espacios de relaciones públicas y privadas. Concluye en su alocución que es necesario pero no es suficiente actuar disciplinadamente y aplicar las reglas. Es necesario actuar con razonabilidad, cordialidad y solidariamente. En gran parte la superación de esta crisis depende de cómo cada uno cuida de los otros. (19 de marzo de 2020)¹⁴.

El comportamiento humano juega un papel fundamental en la propagación de los contagios aumentando o atenuando la transmisión del COVID-19 –en particular la transmisión y la velocidad con que se reproduce en humanos. El contacto persona a persona es por tanto el principal foco de regulación social que impone la actual pandemia, referida en términos de la líder política alemana como la mayor catástrofe sufrida por la humanidad después de la segunda guerra mundial.

El riesgo del contagio COVID-19 no solo debe alertar a personas definidas precisamente como de mayor vulnerabilidad por su edad (mayores de

65 años) o por enfermedades subyacentes cuya nómina es suficientemente vasta como para afectar gravemente a numerosos individuos¹⁵. Cuenta también la incertidumbre respecto a la expansión de su efecto sobre individuos aparentemente no identificables como parte de los grupos de riesgo.

Frente a ello como hemos visto, se revelan las limitaciones de los sistemas de salud –públicos y privados- y el riesgo diario que corren los profesionales que en ellos se desempeñan. En consecuencia, ante la falta de ordenamientos que masivamente sean adoptados por la sociedad en su conjunto, lo que aparece como amenaza se transmuta en una crisis de dimensiones alarmantes y desenlaces imprevisibles.

Para enfrentar la pandemia, Argentina, como la mayoría de los países del mundo, adoptó una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales, consensuadas entre el gobierno nacional y todas las provincias y la Ciudad de Buenos Aires. El aislamiento social y obligatorio impuesto por los gobiernos en todas las jurisdicciones del territorio nacional tuvo por objetivo lentificar el contagio, y permitir que el sistema de salud se dotara de los recursos de atención lo mejor posible para asistir a los afectados cuando la curva de contagios ascendiera. Prevista esta aceleración de la duplicación de las infecciones como resultado de la modalidad de la transmisión comunitaria del virus.

Dichas previsiones activaron un flujo de comunicación desde los gobiernos en sus respectivas jurisdicciones como de parte de los medios y las redes, que actuaron como verdaderos amplificadores de la emisión de información sobre los cuidados sanitarios que necesariamente la población debe cumplir para prevenir y evitar la transmisión del COVID-19.

En refuerzo de las comunicaciones de alerta a la población, obró la referencia a la situación de la pandemia en lugares críticos en la consideración de la gente como Italia, España, Francia, Inglaterra, Estados Unidos que fortaleció la predisposición de los argentinos en general a aceptar el aislamiento impuesto por la cuarentena.

Sobre todo las graves consecuencias económicas, tanto a nivel de los aparatos productivos como de los establecimientos comerciales y de servicios, su impacto en el empleo y también en la capacidad de consumo de las familias, fue paulatinamente re quebrándose la disciplina social que involucra el aislamiento general y obligatorio. Mayor severidad adquieren estas implicancias en aquellos sectores económicamente más vulnerables y/o asentados en núcleos urbanos y territoriales limitados para asegurar la observación de las medidas sanitarias indispensables como el lavado

de manos y las prácticas higiénicas indicadas, el encierro exigido por la cuarentena y el distanciamiento social en la escasa circulación permitida.

Las medidas gubernamentales de asistencia económica implementadas mediante subsidios de diversos tipos (a las familias, los desocupados y las pymes), las laborales restrictivas de los despidos (decreto de la doble indemnización), las represivas (multas) y de control (autorizaciones y puestos policiales) para asegurar la mínima e indispensable circulación, el cierre del ingreso a ciudades y localidades para impedir la propagación del virus salvaguardando la salud de sus poblaciones, la disponibilidad administrada de comercios (para la adquisición de alimentos, artículos de higiene, medicamentos, ferretería) y de los llamados servicios esenciales (establecimientos médicos limitados a COVID-19 y atención de emergencia, organismos de seguridad, cuidado de personas adultos mayores), conforman un conjunto de dispositivos protectivos y represivos basados en la legitimidad de la función pública de prevenir la crisis sanitaria, que inevitablemente sobrevendría si la población no observara las restricciones impuestas.

La aplicación de cuarentenas de forma intermitente --es decir, que se desplazan desde el endurecimiento de las restricciones hacia nuevas flexibilizaciones y viceversa,- tiene que ver con el curso de la pandemia en perspectiva con la capacidad del sistema de salud. Sin embargo pesa de manera importante la situación económica crítica del país en casi todas las regiones, con una preocupante paralización de las actividades de producción, comercialización y servicios, con una alta tasa de desempleo y una relativamente retenida inflación por la marcada disminución del consumo.

Mientras tanto y como consecuencia de lo anterior, se incrementa sostenidamente el gasto público y el déficit fiscal financiados con emisión monetaria. Mientras tanto se suceden arduas negociaciones por la deuda externa, sin considerar la interna existente. La caída económica según proyecciones de los economistas superaría el catorce por ciento anual¹⁶. Bajo estas condiciones Argentina está en una situación de crisis tal que torna harto dificultosas las posibilidades de manejo de la pandemia. La máxima política del Presidente respecto a que frente a la opción vida o economía se decide por la primera, se asienta sobre una falsa dicotomía que se bifurca en dos alternativas: “ni vida ni economía” o “vida y economía”.

El humor de la gente no es ajeno a cómo la política puede resolver dicha disyuntiva. “Según todas las encuestas, a cien días de la cuarentena se está evidenciando un hartazgo creciente y la economía sólo muestra signos de derrumbe en todas sus facetas. A eso hay que sumarle un dato

que genera preocupación en los principales dirigentes políticos del país, y que podría agravarse si no aparecen soluciones de fondo en el corto plazo: los gobernantes y líderes partidarios sufrieron una disminución en su imagen positiva, y nada hace prever que eso pueda revertirse si no se toman decisiones distintas a las actuales. El mazazo de la opinión pública no distingue oficialismo ni oposición, el descontento social es transversal a las ideologías en la Argentina”¹⁷.

Los gobiernos se debaten entre retornar a un endurecimiento del aislamiento, una flexibilización administrada o una apertura confiada en el comportamiento social advertido y cuidadoso frente al riesgo cierto del contagio por la vía de la transmisión comunitaria. Por su parte la sociedad reclama a sus representantes una mayor creatividad para afrontar la tragedia del COVID-19 sin continuar profundizando la crisis de la economía ni afectando aún más la tensión que genera en la personas el encierro y la inactividad que éste conlleva, sobre todo entre los niños y los adolescentes. La presión del teletrabajo es otra emergente de tensión a nivel personal y una tendencia de cambio en relación a los roles laborales de impredecibles efectos.

Otra deriva de riesgosa incertidumbre es la desvinculación física entre la escuela y los niños y adolescentes. La virtualidad por lo pronto ha profundizado las desigualdades educativas asentadas en la desigualdad económica y social. La idea de la escuela pública, con acceso abierto a todos por igual, se ha truncado al no disponer el gobierno de políticas educativas igualitarias, cuando de la virtualidad se trata como dispositivo para el proceso enseñanza-aprendizaje.

La mayoría de los argentinos aún sigue creyendo que la cuarentena es la forma más eficiente de hacerle frente a la pandemia, pero ese número se está haciendo cada vez más reducido. A fines de junio casi el 40 por ciento de la sociedad considera que la cuarentena no debería extenderse hasta fines del mes próximo. Un mes atrás, ese número apenas sobrepasaba el 35 por ciento¹⁸. Este dato complejiza la intuitiva relación que asumimos entre la percepción de la gente sobre el riesgo, la tendencia emocional hacia la adopción de conductas protectivas —en algunos extrema, en otros limitada o nula— y la presencia de parámetros epidemiológicos claves, tales como las tasas de transmisión y mortalidad del COVID-19.

El posicionamiento de la gente respecto a la adopción de medidas y decisiones dirigidas a evitar el contagio, puede conducir a comportamientos discriminatorios respecto de determinados grupos, acentuar trastornos de personalidad (alteración del sueño, depresión, ansiedad), incentivar senti-

mientos de impotencia, frustración, rechazo, injusticia, incluso odio. En el otro extremo se colocan personas desaprensivas respecto del riesgo que individual y colectivamente pueden correr y desatienden ostensiblemente el propio cuidado y el de los otros.

Diariamente nos informamos de casos, episodios, eventos que ilustran situaciones individuales y sociales que alertan sobre la salud psico-física de las personas y por otro lado acerca de la generación de brotes comunitarios de contagios. Conocemos poco acerca de que piensan las personas sobre el riesgo de la infección del coronavirus. Por ahora no es posible determinar si ellas son demasiado optimistas o pesimistas con respecto a las consecuencias futuras de la pandemia COVID-19 para la salud de la población¹⁹.

Se pone de manifiesto cuán imprescindibles resultan investigaciones diseñadas para desentrañar explicaciones e interpretaciones sobre los efectos colaterales silenciosos del COVID-19, como así también las paradojas o aporías que presentan contextos hiper informados y saturados de contenidos informativos de variada calidad, que rodean a personas y grupos que se exponen al riesgo del contagio, indiferentes a las consecuencias de sus decisiones sobre la vida de otros.

Más de un análisis surgirá sobre esta problemática. Esta pandemia del coronavirus muestra la importancia de estudios sobre los comportamientos sociales que asumen las personas, frente al riesgo de contagio y propagación de virus. Más relevantes resultan a tenor de las previsiones de posibles pandemias o epidemias futuras, en vista a programar e implementar estrategias políticas menos comprometidas con el establecimiento de medidas propias de situaciones en estado de excepción.

4. Las aporías del estado del derecho frente al avance de la pandemia

El Estado de Derecho, adoptado en el mundo moderno como forma de poder socio-territorial basado en la legalidad de los actos de quienes detenta autoridad y por ella normalizada, tiene la particularidad de regularse mediante un orden jurídico que a la vez deviene de su potestad de crear y recrear ese mismo orden jurídico.

Según Weber los estados modernos quedan definidos sociológicamente a partir de ciertos rasgos constitutivos: monopolio legítimo de la violencia en determinado territorio, forma burocrática racional de la administración, racionalidad y formalidad del derecho, no posesión de los medios materiales de la administración por parte del aparato de mando²⁰.

Esta creación humana, el estado de derecho, no es una abstracción, es dato histórico, poder concreto que se despliega sobre la población mediante múltiples acciones mediatizada por las decisiones de quienes detentan autoridad y por tanto generan expectativa de obediencia (Weber, 1969).

“Cada estado de derecho incorpora en su interior formas particulares de excepción (estado de sitio, ley marcial, decretos de urgencia, medidas prontas de seguridad, etc.), pero todas ellas se sustentan en el mismo concepto: habilitan la suspensión total o parcial del orden jurídico con el objetivo de garantizar su pervivencia en el entendido de que existe una situación de peligro y amenaza al orden instituido que es pensada como realidad objetiva (AGAMBEN, 2007). No obstante, quien decide que un acontecimiento particular configura una situación de necesidad es quien también tiene la potestad de definir que es necesario recurrir al estado de excepción y definir las medidas puntuales a tomarse para su amparo (SCHMITT, 1985 y 2004; AGAMBEN, 2007).” (Marina Franco, Mariana Iglesias, 2011:93-94)

En Agamben, la potencialidad destructiva del poder soberano se expresa en la potestad que le atribuye para incluir en el orden jurídico como excluyente la vida natural (el *zoe*) y, a la vez constituido por su voluntad de poder para tutelar la vida políticamente conformada (el *bios*). Por tanto, el estado de excepción es una normalidad constitutiva de todo poder soberano e históricamente siempre se ha manifestado, afirmado, en la biopolítica que decide respecto a quienes, cuando y como se instituye su marginación de la vida política, despojado del *bios* y librado a la *nuda vida* y, consiguientemente, a la muerte²¹.

“*La politización de la nuda vida como tal, constituye el acontecimiento decisivo de la modernidad*” (Agamben, 1998:13), es decir, el descubrimiento (no como “desvelamiento”, sino como “*descobijamiento*”) de la vida humana mediante la aparición biológica de ésta. Esta es la idea fundante de la tesis de Giorgio Agamben, acerca de la caracterización de la política moderna como una generalización de los «estados de excepción». El paradigmático ejemplo de los campos de concentración nazis y de los estados totalitarios, que ilustran su comprensión de la política moderna, podría extenderse en la actualidad al desamparo jurídico-político en que se colocan millones de inmigrantes, refugiados y poblaciones marginadas por la pobreza o su etnia (comunidades indígenas o individuos pertenecientes a los pueblos originarios o a la raza negra).

La tanatopolítica –expresión extrema de la biopolítica, implicancia inevitable para Agamben, de la que fueron sujetos (sujetados) millones de

personas despojadas de sus derechos en los campos de concentración- se reedita en la actualidad en las llamadas guerras preventivas, o en las consecuencias de desastres ambientales que expulsa de su hábitat a poblaciones enteras. En todas estas situaciones, la lógica jurídica-política del Estado discrimina qué protege como bios y qué abandona a la nuda vida.

“(…) para que la política incluyera definitivamente a la vida natural, originariamente al margen del ordenamiento jurídico, como su sujeto-objeto, hubo que esperar a la modernidad, en la que las necesidades fisiológicas de la población son asumidas por el (bio)poder como objeto de sus cuidados y cálculos. Pero esta vida es incluida en el nomos soberano como nuda vida. Específicamente, en la concepción de Agamben, el estado de excepción, en el que la ley se aplica desaplicándose, funciona como un dispositivo biopolítico que permite al soberano enfrentarse sin mediaciones con la vida biológica de los súbditos, por ejemplo, al suspenderse las garantías constitucionales.” Saidel (2006:3)

Los estudios que en general han trabajado el concepto de “estado de excepción” han extendido su aplicación en un sentido expresamente negativo/represivo. Por caso los más comunes, golpes militares y/o regímenes de facto, sistemas políticos autoritarios, entre otros intereses de estudio, situaciones en las que se expresa con nitidez la noción de enemigo interno. Sin embargo, bien puede ser incluida la legislación de los estados de emergencia, varios que se adoptan en situaciones de gravedad por diversas causas (desastres naturales, crisis económicas, ambientales, epidemias) y que se prorrogan –dado su carácter limitado en el tiempo- por sucesivos decretos de necesidad y urgencia. Este es un dispositivo de gobernabilidad al que por lo común recurren los gobernantes por lo general en sistemas de estado de derecho débiles. En estas situaciones se difumina la personalización de la amenaza y se las presenta simbólicamente como situaciones de discriminación positiva. Sustantivamente se alude a una necesidad imperiosa pero formalmente desde la positividad de lo jurídico se exceptúa el caso particular de la ley general²².

¿Podemos comprender las medidas de aislamiento obligatorio y general como una situación que captura la noción de estado de excepción en un sentido negativo/represivo como se sugiere en Agamben?

Frente a la justificación de la defensa de la vida que se sustenta en la existencia de tasas de mortalidad comparativamente altas en diversos países como Estados Unidos y Brasil, donde la política del aislamiento obligatorio y general no se aplicó como se hizo por ejemplo en Argentina, es difícil contraponer derechos al más central de todos que es el derecho a

la vida. A propósito sirve la referencia de un artículo publicado en Página 12 por Pablo Esteban²³.

“En este afán, el gobierno, en todos sus estamentos (nacional, provincial, municipal), utilizó la cuarentena y las restricciones impuestas como una estrategia vital. El eje rector es claro: si la mayor parte de la gente se queda dentro de sus casas, la circulación del patógeno se restringe y el sistema sanitario respira. Como acostumbra a repetir el asesor de Alberto Fernández, Pedro Cahn, “somos nosotros los que vamos en busca del virus”²⁴.

Datos brindados por la Organización Statistic²⁵, tomados la última semana de julio sobre la tasa de mortalidad muestran que Argentina se encuentra en el puesto 42 sobre 169 países relevados que cubren todos los continentes, Europa, Asia, África, Oceanía y América. Estimada la tasa de mortalidad por el número de muertos confirmados por cada 1 millón de habitantes, por ahora el dato más confiable que el número de contagios, Argentina tiene 81,99 personas fallecidas por cada millón de habitantes, lejos de los trece primeros países que registran las tasas más altas de muertes por COVID-19.

Interesa mostrar tanto la distribución de la tasa de mortalidad entre los primeros 13 países con un valor mayor a 350 fallecidos por cada millón de habitantes como así también entre los países de Latinoamérica y el Caribe.

Tabla 2. COVID-19. Tasas de Mortalidad. Países con más de 350 fallecidos cada un millón de habitantes en el mundo y distribución de la tasa en países en Latinoamérica y el Caribe. (Fines de Julio de 2020)

Los treces países con más alta tasa		La tasa en América Latina y el Caribe	
Bélgica	861,93	Perú	613,14
Reino Unido	694,87	Chile	513,00
Perú	613,14	Brasil	449,25
España	608,79	México	378,36
Italia	581,72	Panamá	352,18
Suecia	563,97	Ecuador	336,57
Chile	513,00	Bolivia	277,72
EE UU	472,59	Colombia	214,51
Francia	450,29	Honduras	143,62
Brasil	449,25	Guatemala	115,67
México	378,36	Rep. Dominicana	110,85
Irlanda	363,24	Argentina	81,99
Holanda	356,83	El Salvador	74,29
		Puerto Rico	71,98
		Costa Rica	32,43
		Nicaragua	17,94
		Haití	14,83
		Uruguay	10,44
		Cuba	7,77
		Paraguay	7,48
		Venezuela	6,03
		Jamaica	4,09

Fuente: <https://www.statista.com/statistics/1104709/coronavirus-deaths-worldwide-per-million-inhabitants/>

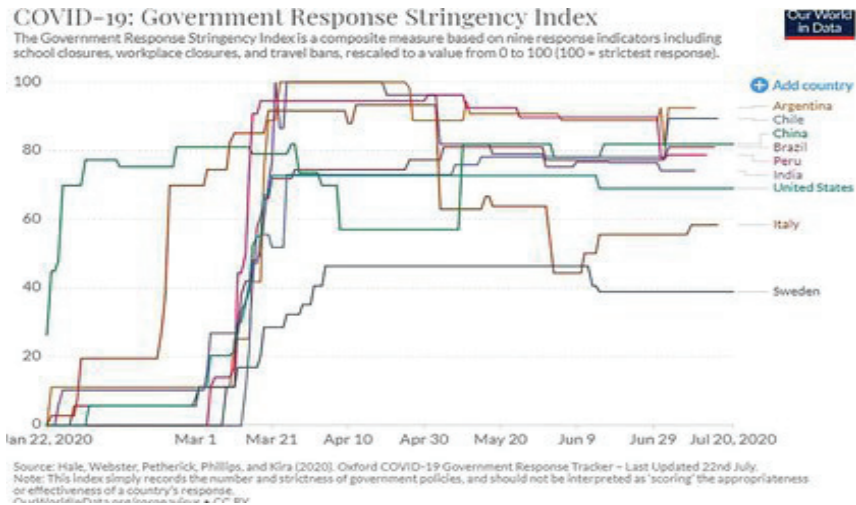
La mayoría de los países de América del Sur superan a Argentina en el nivel de tasa de mortalidad; solo Uruguay y Paraguay se encuentran por debajo de ella con una tasa mortalidad muy baja, aproximadamente 10 y 7,48 respectivamente por cada millón de habitantes. En tanto Perú, Chile, Brasil, Ecuador y Colombia muestran una situación más comprometida, con tasas próximas a los países con niveles más altos en el mundo.

Sin pretender establecer una correlación ni dar una explicación que despeje la razón de la variación de las tasas de mortalidad, es interesante

develar cuánto los gobiernos de algunos países han avanzado sobre la suspensión de derechos de la población, es decir el alcance y vigor que ha conseguido el estado de excepción -como manifestación de voluntad del poder soberano- sobre las sociedades puestas por decisión de los gobiernos bajo tal sujeción.

El índice del grado de respuesta estricta de los gobiernos para controlar la propagación del COVID-19 en sus respectivas poblaciones, medición realizada desde el 22 enero de 2020 hasta julio 20 de 2020, reúne como indicadores el cierre de las escuelas, la clausura de los lugares de trabajo y la limitación del transporte y varía de 0 a 100, siendo 100 la respuesta más estricta.

Gráfico 2. Severidad de la respuesta gubernamental en la restricción de actividades y limitación del tránsito de vehículos y personas.



Fuente: <https://www.infobae.com/economia/2020/07/26/coronavirus-cifras-y-rankings-que-muestran-como-la-economia-argentina-profundiza-las-desventajas-con-la-region-y-el-resto-mundo/>

Comenta Sergio Serrichio, en su artículo publicado en Infobae el 25 de Julio de 2020²⁶ que “Al 20 de julio pasado, el Oxford Stringency Index (OSI), una medida de cuán extensas y limitativas de las libertades han sido las cuarentenas dispuestas por los gobiernos, ubicaba a la Argentina al tope

mundial, por encima de países que, como Italia y China, aplicaron medidas durísimas para controlar sus respectivos brotes virales”.

De acuerdo al OSI, Argentina adoptó medidas mucho más estrictas que Chile y Perú, estando estos países al tope de las tasas de mortalidad en América Latina y entre los 13 países de más altas tasas del mundo (Tabla 2). Claramente Argentina aplicó medidas más severas que Brasil, la India y Estados Unidos y decididamente mucho más que Suecia. Pero mientras Suecia, Estados Unidos y Brasil denuncian altas tasas de mortalidad (563,97, 472,59, 449,25 respectivamente), considerablemente mayores que la correspondiente a Argentina (81,99), la India contabiliza apenas 28,19 fallecidos por cada millón de individuos para una población de 1.352.620.000 habitantes. La India aparece como un dato anómalo por diversas consideraciones y ello arroja dudas para concederle atención por el momento²⁷.

5. Lo que queda de la pandemia: la política al desnudo como biopolítica.

Sin duda el subtítulo elegido parafrasea el título “*Lo que queda de Auschwitz*” que Agamben adopta para presentar su análisis sobre los campos de concentración y sus figuras (el homo sacer –la nuda vida-, el musulmán –archivos y testigos-) y la justificación de su tesis sobre el alcance de la biopolítica como normalidad de los estados modernos (Agamben, 2002).

Mostrar que queda despejado del accionar del estado es poner la mira qué se exceptúa, en lo exceptuado (Agamben),

En primer lugar, la pandemia ha puesto en evidencia el carácter político de la definición de la amenaza que ella implica y la relación político-jurídica que se desplaza desde lo ordenado discrecional a la tutela jurídica de algunos derechos fundamentales, selectivamente algunos referidos a la salud y la vida, bajo el paragua del poder soberano (monopolio de la potestad de coacción) del estado.

Desde ese punto de vista, la disposición del aislamiento y de restricciones varias implica la decisión de poner entre paréntesis libertades y derechos de los ciudadanos y habitantes tan esenciales para su propia supervivencia tanto como los que se entienden amenazados por el contagio del COVID-19. Por caso otras afecciones tan o más riesgosas para la salud como fatales para la preservación de la vida de los individuos, el derecho de trabajo cuya limitación afecta a una amplísima franja (las más humildes y las clases trabajadoras) de la población comprometiendo sus

recursos de sobrevivencia, los derechos que limitan la producción y la comercialización, con severas consecuencias sobre las fuentes de trabajo y la disponibilidad de recursos fiscales necesarios para proveer la seguridad de la población y aún de los mismos derechos que están, casi de manera excluyente, en el foco de atención gubernamental²⁸.

Las diversas estrategias para la prevención del contagio del coronavirus seguidas por distintos países abarca una variedad de alternativas cuya elección y consecuente aplicación activa el carácter político de las medidas sanitarias adoptadas, no solo de ellas mismas sino de las implementadas u omitidas precedentemente que condicionan el margen de elección de las presentes.

El encadenamiento de las decisiones en el tiempo restringe la disponibilidad de las soluciones más óptimas para resolver cuestiones emergentes que se las presenta como imprevistas y/o desconocidas. Cierta fatalidad en su ocurrencia es el diagnóstico que da lugar incluso a medidas extremas que sacrifica vida para salvar vidas. La biopolítica extiende a corto, mediano y largo plazo la continuidad del biopoder del estado.

Argentina es el caso más extremo en las medidas de restricción adoptadas, obligada por decisiones precedentes que trajeron como resultado la desinversión en ambos sistemas de salud, público y privado. Desinversión que afectó a la vez tanto a la infraestructura como a la provisión de recursos humanos especializados para la atención de casos críticos.

La evaluación de los resultados de las medidas de restricción se estima positivas, considerando la baja tasa de mortalidad en comparación relativa a otros países. Sin embargo, a pesar de tener las medidas restrictivas más severas y más prolongadas en el tiempo, Argentina no ha logrado bajar el nivel de contagio y la mortalidad continúa en ascenso. Para comprender esta contradicción es posible sea necesario acudir a tener en cuenta las políticas y resultados en otros países.

Suecia aplicó medidas muy laxas y apeló a la responsabilidad individual, pero al inicio tuvo una altísima cantidad de muertes en dos grupos vulnerables: ancianos en geriátricos e inmigrantes, muy expuestos en sectores de servicios y menos receptivos de los mensajes oficiales, incluso por cuestiones de idioma. El supuesto del gobierno sueco fue habilitar el mayor contagio posible a fin de desarrollar en la población suficientes anticuerpos para obstruir el efecto del virus y evitar su fatal amenaza. Por tanto se mantuvo la libre circulación comunitaria y la actividad en los lugares de trabajo y recreación. Ante los malos resultados de esta política se decidieron ciertas restricciones pero bajo la idea de un punto intermedio entre el total aislamiento y la amplia apertura adoptada inicialmente. Se reforzaron las

medidas de bioseguridad y se intensificó el cuidado de los grupos más vulnerables, incrementándose la aplicación de test para la detección temprana del contagio y consiguiente aislamiento selectivo. Del aplanamiento de la curva de contagios se pasó al declive de la misma, disminuyendo el número de fallecidos que se espera se acentúe dicha merma en los próximos meses debido al acatamiento de la población de las apropiadas medidas sanitarias de higiene y de distanciamiento social.²⁹

Brasil presenta una de las más altas tasa de mortalidad coincidentemente con una errática política respecto a los contagios del COVID-19 y sus efectos. Los expertos preocupados con la velocidad de la propagación y la perspectiva de un escenario muy crítico en los sistemas de salud ven como única solución **una más estricta restricción del movimiento de personas e incluso el confinamiento obligatorio**. Otros consideran su aplicación focalizada en aquellas áreas más afectadas y en situación hospitalaria crítica.

De acuerdo a la observación de infectólogos y epidemiólogos de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp), como así también investigadores de computación y matemática aplicada de la Fundación Getulio Vargas, de haberse cumplido de manera regular el aislamiento inicialmente dispuesto en muchos lugares por las autoridades locales probablemente ahora no sería necesaria una medida radical como el aislamiento obligatorio. La falta de cumplimiento de parte de la población de medidas preventivas es una de las razones más esgrimidas. Sin embargo los análisis destacan que ello se debe en gran parte a desavenencias en cuanto a la definición y alcance de la pandemia entre expertos y autoridades y de éstas entre sí. También señalan el papel de las redes en la circulación de contenidos desinformados que reproducen noticias falsas a lo que se suman los mensajes emitidos y comportamiento displicente del propio Bolsonaro, Presidente de Brasil³⁰.

“Para los especialistas en general, la postura del Gobierno Federal en la lucha contra la enfermedad y la falta de conciencia de muchos ciudadanos brasileños acerca de la peligrosidad del COVID-19, ambas cosas en conjunto, explican esta desastrosa situación.

Por lo que se refiere al comportamiento de la población, parece que mucha gente se convence de la facilidad del contagio, o incluso del peligro de vida, sólo cuando una persona cercana a ellos es víctima de la enfermedad. Otros corren los riesgos de los contactos en público, incluso conscientes del problema, debido a que no consiguen encontrar otra manera para mantener a sus familias. No todos, de hecho, pueden trabajar en casa. En realidad, la tasa de desocupación está creciendo rápidamente y una recesión aguda tiende a ser

inevitable, como así también el colapso de la economía.” Luís Henrique Marques, Secretario de Redacción de la revista Cidade Nova³¹.

Informa Marquez que ante las falencias del accionar estatal, desde la sociedad civil se ha activado una amplia red de solidaridad social con la participación de diversos sectores sociales entre ellos profesionales, bancos y entidades empresarias, dirigida principalmente a proteger a los segmentos sociales más vulnerables. Destaca en su artículo que hay quienes donan dinero, alimentos, medicamentos, tiempo en cuidados y asistencia a necesidades de atención de lo más variada e incluso están los que ponen en riesgo su salud y posiblemente su vida.

El caso Brasil permite visualizar otra expresión –más nítida posiblemente- de la estrategia política de abandono, ya no selectiva ni sectorizada sino bastante ampliada. Sin embargo dispara también lo que Foucault denomina la estrategia de escape/resistencia que se expresa en la organización de redes de solidaridad autorreguladas. Un ensayo de *communitas* e *inmunización* diferente en términos de Espósito.

Antes de entrar en esta discusión, la reseña de otra situación opuesta a las anteriores puede orientar a precisar el sentido de estado de excepción que ha enmarcado este texto y predominado en el análisis que presenta.

El caso de Alemania pone en relieve la conjunción sinérgica entre estado y población. Dicha conjunción se evidencia en la conformación complementaria de las estrategias políticas (estatales y sociales) utilizadas para neutralizar los efectos de la pandemia en su territorio.

Si se toma como referencia Argentina, la tasa de mortalidad de Alemania muestra una diferencia relativa, si se consideran las tasas más altas de mortalidad (Tabla 2).

Tabla 3. Parámetros comparativos entre Argentina y Alemania. 26 de julio de 2020

Pais	Total contagios	Total muertes	Total Recuperados	Casos Activos	Casos críticos	Total casos /1 millón hab	Muerte c/ millón Hab	Total test	Test/1 millón Hab	Total Población
Alemania	211,567	9,226	193,600	8,741	261	2,524	110	8,006,135	95,529	83,808,340
Argentina	201,919	3,648	89,026	109,245	1,122	4,464	81	736,007	16,272	45,232,356

Fuente: <https://www.statista.com/statistics/> 26 de julio 2020

Comparadas la tasa de contagios (cantidad de contagios por cada millón de habitantes, Argentina (4.464) duplica la cantidad observada en Alemania (2.524). En números absolutos la diferencia es mínima si se contabiliza los test aplicados por cada uno de estos países, también estandarizados por cada millón de habitantes. Alemania realizó test, hasta la fecha del dato, aproximadamente seis veces más que los aplicados por Argentina. Ello significa que la probabilidad de detección en Alemania es mayor que la de Argentina, y que ésta podría tener muchos más casos que los publicados oficialmente.

Reporta el Dr. Hans-Georg Kräusslich, director de virología en el Hospital Universitario de Heidelberg, uno de los hospitales de investigación más importantes de Alemania, que la edad promedio de los contagiados sigue siendo relativamente baja: 49 años. En Francia es de 62,5 años y en Italia, de 62 años, de acuerdo con sus respectivos informes nacionales (conocidos en el mes de abril 2020). Esta sería una de las explicaciones de la baja tasa de mortalidad.

Otra explicación que se ha dado es que Alemania ha estado administrando pruebas a muchas más personas que la mayoría de los demás países. Eso implica que detecta a más personas asintomáticas o que presentan pocos síntomas, con lo cual aumenta el número de casos conocidos, pero no el número de muertes. Actúa más rápida y eficazmente en el aislamiento focalizado y previene con mayor eficiencia el contagio de los grupos vulnerables.

Según los epidemiólogos y los virólogos, también existen otros factores importantes que han mantenido relativamente bajas las cifras de muertos en Alemania. Además de las pruebas y los tratamientos oportunos y generalizados, juega también la disponibilidad en el sistema de salud alemán de una gran cantidad de camas de cuidados intensivos en unidades tecnológicamente dotadas para la atención de los casos críticos. A ello se suma la confianza de la población en las directivas del gobierno, cuyas medidas de distanciamiento social son acatadas por casi todos³².

En América Latina, los casos de Chile y Perú destacan por sus muy altas tasa de mortalidad. También interesan estos casos porque expresamente se presenta en ellos, con crudeza, referencias a realidades que inducen a pensar en términos actuales la teoría de Agamben sobre el estado de excepción como normalidad en el estado de derecho.

Los datos expuestos en Tabla 4 muestran situaciones en las que cierta diferencia en lo sanitario favorecería más a Chile que a Perú. Esto se observa en la relación entre los totales recuperados, de los activos y el total

de contagios. Indica esta observación la posibilidad de mayores recursos sanitarios disponibles por parte de Chile. Extensiva esta afirmación cuando se mira el número de test que efectivizó Chile comparativamente con Perú.

Tabla 4. Parámetros comparativos entre Perú y Chile. 26 de julio de 2020

País	Total contagios	Total muertes	Total Recuperados	Casos Activos	Casos críticos	Total casos /1 millón hab	Muertest /millón hab	Total test	Test/1 millón hab	Total Población
Perú	428,850	19,614	294,187	115,049	1,410	12,991	594	2,404,046	72,825	33,011,298
Chile	359,731	9,608	332,411	17,712	1,437	18,804	502	1,673,289	87,466	19,130,722

Fuente: <https://www.statista.com/statistics/> 26 de julio 2020

Sin embargo, respecto a ambos casos las fuentes relevadas, independientes entre ellas, coinciden en marcar como principal condición de las altas tasas de contagio y muertes provocadas por el COVID-19, la situación de pobreza de un amplio sector de la población,

Para muchos expertos, en Chile el virus fue controlable mientras circulaba en los barrios altos, adinerados y espaciados de Santiago. Pero una vez que llegó a las zonas más humildes de la capital, donde la gente tiene que plantearse la difícil elección entre arriesgarse a morir de coronavirus o de hambre, la situación explotó.

Un estudio de la Universidad de Chile y el Colegio Médico señala que un 15% de los casos de contagios positivos y un 35% de los casos sospechosos tenían que salir a trabajar al menos una vez a la semana por su situación socioeconómica³³.

Los datos del estudio coordinado por la Universidad de Chile y el Colegio Médico, en el que también participan la Universidad Diego Portales, la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad San Sebastián y la Universidad Central, indican que **43,6 por ciento de los participantes con síntomas sospechosos se mantiene trabajando y utilizando el transporte público al menos una vez por semana.** En la medida que las personas reciben un diagnóstico de sospecha clínica por un profesional, este porcentaje disminuye a 24,2 por ciento, reduciendo aún más (15,2 por ciento) entre quienes tienen un diagnóstico confirmado.

“El contagio ahora está radicado fundamental y creciendo de modo muy pronunciado en los sectores medio bajos en las zonas periféricas o en las comunas dormitorio de Santiago, donde hay gran densidad de personas y donde se produce un hacinamiento muy grande. La cuarentena se transforma allí en una situación muy difícil donde además hay mucha precariedad económica debido a que Chile tiene una gran cantidad de personas que funcionan en los mercados informales”, afirma el experto Gonzalo Bacigalupe, profesor de la Universidad de Massachusetts en Boston, magíster en salud pública, epidemiólogo e investigador del centro CIGIDEN (Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres)³⁴

En la misma nota de la referencia anterior, se alude a la carta que un grupo importante de expertos le dirige al Presidente Piñera pidiendo un cambio de la estrategia que el Gobierno ha seguido mediante la aplicación, de lo que han denominado, el experimento de las cuarentenas dinámicas.

Académicos e investigadores de las universidades San Sebastián, del Desarrollo, McGill y el Instituto Finlandés de Salud y Bienestar, evaluaron el impacto inicial de las cuarentenas dinámicas para la contención de la pandemia en Chile, con datos publicados entre el 15 de febrero y el 25 de abril. En el artículo titulado “Impact of small-area lockdowns for the control of the COVID-19 pandemic” (El impacto de las cuarentenas diámicas en el control de la pandemia Covid.19), que se encuentra disponible en su fase de pre-publicación en Medrxiv, evalúan la efectividad de las cuarentenas dinámicas.

La aplicación de las cuarentenas dinámicas, sostienen los autores del referenciado artículo, requiere disponer de una importante capacidad de vigilancia, de sistemas de alerta temprana, y de la posibilidad de movilizar acciones rápidamente si aumenta la transmisión. Plantean que “La evidencia disponible indica que **los ‘lock-down’ (aislamiento) más generalizados reducen entre un 40 y un 50 por ciento la transmisión viral**”, **a la vez que observan** que las cuarentenas dinámicas solo son efectivas en disminuir un 28 por ciento dicha transmisión en las áreas donde se aplican. Por eso es importante que vayan acompañadas de otras medidas. **La hipótesis que sostienen es que una cuarentena dinámica puede servir en un contexto en que se ha logrado contener de manera importante la epidemia**³⁵.

Si bien se reconoce el importante esfuerzo que el gobierno de Piñera ha realizado para aumentar el número de UCI, camas y equipos de terapia intensiva para la atención de los casos críticos, y ello se observa en el nivel

de recuperación y casos activos que Chile muestra comparativamente con el Perú, las altas tasas de mortalidad tienen que ver básicamente con la pobreza, el hacinamiento y el limitado acceso al seguimiento y atención temprana de los casos sospechosos de contagio.

Esto último se demarca también como la principal razón de la situación extrema de la pandemia en el Perú, que se aproxima a ser después de Estados Unidos y el Brasil, el tercer país con la tasa más alta de mortalidad debido al COVID-19.

El 16 de marzo de 2020, el gobierno peruano decretó el estado de emergencia sanitaria, cerrando las fronteras del país y ordenando que la gente saliera solo para cosas imprescindibles como comprar alimentos y medicamentos. Decretó también toques de queda en distintos horarios en todas las ciudades.

Paralelamente a las restricciones, Perú destinó entre el 9% y el 12% de su PIB para ayudar a la gente que hubiera perdido su empleo (o autoempleo) y a las empresas que se hubieran quedado sin ingresos a causa de la emergencia. Estos paquetes de ayuda convirtieron a Perú en uno de los países de América Latina que más ha gastado en la lucha contra la pandemia. También ha ampliado su red sanitaria, esfuerzo tardío que resulta insuficiente frente a un grado marcado de desinversión en su sistema de salud³⁶.

Perú aplicó uno de los regímenes más severos de confinamiento y fue el primer país en hacerlo en América Latina. Casi sin recursos y sin otras opciones, tras 54 días de aislamiento general y obligatorio, abrió el estado de aislamiento el 8 de mayo pasado “**para relanzar la economía (...)** pese a la expansión inexorable del coronavirus que prosigue sin signos de abatimiento”³⁷.

Concretamente cuáles son las condiciones de la organización social y acciones de gobierno que favorecen la fuerte crisis sanitaria por la propagación del coronavirus en Perú. Los analistas señalan que conspiran contra el aplanamiento de la curva de crecimiento de los contagios y la tasa de mortalidad, la extendida informalidad del mercado de trabajo, las aglomeraciones que se producen en los mercados callejeros, supermercados y bancos, el hacinamiento en que viven las familias pobres, la carencia de medios para el almacenamiento y conservación de alimentos en los sectores pobres y la precaria infraestructura de servicios de que éstos disponen para la observación de medidas de higiene imprescindibles en el control del contagio. Estas condiciones reducen las posibilidades de acatamiento por parte de la población de adoptar comportamientos que prevengan la extensión de la pandemia en Perú³⁸.

América Latina presenta una de las situaciones más preocupantes respecto a la fatídica combinación de consecuencias entre la pandemia y la pobreza. La región registra niveles de contagio alarmantes, más de 3.000.000 de personas contagiadas y alrededor de 132.000 han fallecido. Se prevé una caída económica del 9%, la mayor en 100 años, a la vez que ello acarreará un aumento de 45.000.000 de pobres más, según estimación de la ONU³⁹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pobreza y los pueblos indígenas tienen en América Latina mayor probabilidad de no sobrevivir en caso de contagio.

“(…) si has vivido durante años sin un buen acceso a los servicios de salud, si tienes enfermedades previas como diabetes e hipertensión derivadas del estilo de vida causado por la pobreza, **el resultado es mucho peor** y el acceso a los servicios sanitarios es mucho más lento, más tarde y con menos nivel de sofisticación”, explicó el director de emergencias de la OMS, Michael Ryan⁴⁰.

Reflexiones finales

Me gustaría dejar abiertas más preguntas que intentar cerrar respuestas en una cuestión tan polémica como plantear que defender la preservación de la vida tiene implícita la aceptación de poner en riesgo lo que se intenta preservar. Esta paradoja se hace más visible si pensamos en las contradicciones que deja ver la pandemia cuando reparamos que unas vidas están más expuestas que otras. Pero también cuando visualizamos como se esparcen desigualmente sus efectos sobre individuos y poblaciones, según lo propio de su posición en la sociedad que delimita sus posibilidades sobre cuánto y hasta donde pueden sus vidas ser preservadas.

Dada la complejidad que encierra el propósito elegido de reflexionar a partir de paradojas y contradicciones, limitado el mismo a provocar más interrogantes que respuestas, asumo el papel que Foucault se atribuye como intelectual: *“no es el de hacer la ley, [ni] de proponer soluciones, [ni] profetizar, ya que en esa función, no puede hacer más que contribuir al funcionamiento de una situación de poder determinada que debe (...) ser criticada”* (Foucault, M., 1994: 86).

Sin compartir la pretensión de Agamben de una teoría totalizadora sobre el poder soberano, tomo sí su noción de estado de excepción para discernir situaciones que pongan en tensión la linealidad con que se justi-

fica decisiones político-estatales adoptadas para contener los contagios del COVID-19 y atenuar sus efectos sobre la salud de la población.

Entendido el estado de excepción como la limitación total o transitoria de derechos y facultades reconocidos por el poder soberano mediante el orden jurídico institucional por él impuesto, las medidas de emergencia frente a la pandemia que los gobiernos han adoptado, en su faz restrictiva/represiva, han puesto en estado de excepción a las poblaciones que deben proteger. Es decir, el gobierno prohíbe derechos para cumplir su misión de proteger, o sea incluir en la función estatal de defensa a quienes se les restringe el ejercicio de sus derechos, o sea su defensa.

¿Es inevitable esta contradicción? ¿Es consustancial de la potestad del poder soberano del estado el acto de otorgar derechos, suspenderlos y/o despojar de sus derechos a la población? ¿Es posible ser sujeto de derechos pero no poder actuarlos?

Desde la teoría del poder de Agamben, la respuesta es sí. De eso se trata el poder soberano. La capacidad de transmutar los “sujetos” en “sujetados” para preservar el orden que la política selecciona y el derecho⁴¹ estructura. En el estado moderno, el estado de excepción no está fuera del derecho porque en definitiva su interpretación, para su ampliación o para su restricción, es un hecho político. Tal como lo es determinar la necesidad, la amenaza, el beneficio, la utilidad, la ventaja que funda la interpretación del derecho que se generaliza para pasar del “sujeto” al “sujetado”.

Llevado este sentido del poder al terreno de comprender los estados de excepción que la pandemia ha activado, no es posible hacerlo sin incorporar, sin pensar, la historicidad del devenir estatal, político y jurídico, en situaciones concretas. Esta mirada permitiría saltar el manto de eticidad que invisibiliza el origen de la necesidad de los estados de excepción a los que ha dado lugar la pandemia.

El recorrido descriptivo que he realizado sobre la situación de la pandemia en distintos lugares, seleccionando algunos casos a partir de sus contrastes, ha puesto en evidencia situaciones precedentes y subyacentes, cuya existencia da razón y genera la real necesidad de políticas restrictivas de derechos, como las cuarentenas generales, selectivas o dinámicas, e incluso el establecimiento del estado de sitio como se vio en Perú.

Las limitaciones del sistema sanitario para garantizar el acceso universal al derecho a la salud, por falta de inversión pública en décadas, marginó y margina a los sectores sociales más necesitados. A la vez que el sistema debió privilegiar la atención de los afectados por la pandemia, cuando

los cuidados médicos deben ser garantidos a todos, respondan o no sus afecciones al COVID-19. La disponibilidad de recursos –profesionales, de infraestructura, tecnología y para la financiación de la emergencia- resultan insuficientes para anticipar y frenar los brotes de contagios.

Otra situación previa y subyacente es la pobreza que confina a quienes la sufren a condiciones de carencia y hacinamiento tal que reducen sus posibilidades de cuidados personales y de sus familias, indispensables para prevenir los contagios. También lo es la deficiencia de políticas económicas, fiscales y distributivas de largo plazo y eficaces que debieron haber sido tomadas para remover las causas de la pobreza.

Se suma además, la ausencia de medidas sostenidas para mejorar las condiciones de vivienda, infraestructura urbana, organización de los servicios, recursos de movilidad y lugares de trabajo para facilitar el distanciamiento social que la pandemia exige.

Entre otras falencias de las políticas estatales que han condicionado el desarrollo social y el crecimiento económico en general bajo pautas de igualdad social, de manera relevante ha jugado también la falta de confianza mutua entre gobierno y población para asumir cohesivamente las respuestas requeridas para enfrentar la pandemia. El control y la coacción, propios del estado de excepción, sustituye a costo alto la comprensión compartida de la necesaria solidaridad que las circunstancias demandan,

Los señalamientos que expongo ponen en tensión la creencia en la inevitabilidad, y por tanto naturalización, del carácter protectivo de biopolíticas asentadas en la justificación del estado de excepción.

En la medida en que las sociedades proyecten su andamiaje económico y político, en dirección a superar los graves problemas que les aqueja para enfrentarse a desafíos, como el de la pandemia, es posible que el recurso de los estados de excepción sea descartado.

Sin embargo, ello no es suficiente. El cambio es aún más profundo e involucra la conformación de una comunidad internacional, solidariamente preparada para efectivizar el apoyo global a las poblaciones con más dificultades.

Una biopolítica por la vida en un planeta fracturado es una cuestión abierta como lo es la responsabilidad común.

BIBLIOGRAFÍA

- AGAMBEN, Giorgio. 1998. *Homo Sacer. El Poder Soberano Y La Nuda Vida*. Valencia: Pre-textos.
- _____. 2002. *Lo Que Queda de Auschwitz: El Archivo Y El Testigo. Homo Sacer III*. Madrid, España: PreTextos.
- _____. 2007. *Estado De Excepción*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- FOUCAULT, Michel. 1994. “Entretien avec Ducio Trombadori”. In M. Foucault, *Dits et Écrits, IV. 1980-1988* (pp. 41-95). Paris: Gallimard. (Trabajo original publicado en 1978) citado por Graciela Lechuga-Solís Comentarios de Agamben a la Noción de Biopolítica de Foucault. *Psicología & Sociedad*; 24(n.spe.): 8-17, 2012.
- FRANCO, Marina; Mariana IGLESIAS. 2011. “El Estado De Excepción En Uruguay y Argentina. Reflexiones Teóricas, Históricas e Historiográficas”. *Revista de Historia Comparada*, Río de Janeiro, 5-1: 91-115, 2011.
- SAIDEL, MATÍAS. 2006.” La herencia foucaultiana en el abordaje de la biopolítica en agamben y esposito”. Ponencia presentada en “Jornadas Foucault”, Universidad de San Martín, Buenos Aires, 4 y 5 de noviembre de 2006.
- SCHMITT, CARL. 2006. *Concepto De Lo Político*. Buenos Aires: Struhart & Cía.
- _____. 1985. *La Dictadura: Desde los Comienzos del Pensamiento Moderno de la Soberanía Hasta la Lucha de Clases Proletaria*. Madrid: Alianza, 1985.
- WEBER, MAX. 1969. *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____. 1991 *Escritos políticos*. Madrid: Alianza.