

India: el día en que una gran tormenta golpeó los suelos

India: the day a huge storm hit the ground

Franz Lenin CONDORI-ALVAREZ¹

Eva Milagros PURACA LASTEROS²

Fecha de recepción: 10/08/2024

Fecha de aceptación: 10/10/2024

Fecha de publicación en línea: 28/12/2024

Sección: Ensayo

Cómo citar este artículo: Condori-Alvarez, F. L., & Puraca Lasteros, E. M. (2024). India: el día en que una gran tormenta golpeó los suelos. *Journal of Humanities Titicaca*, 3(1), 68-74.

RESUMEN

Este documento busca describir brevemente el impacto del COVID-19 en la India y el papel que tuvo el Estado en su tarea titánica de encerrar un país superpoblado. Pues, la tormenta generada por el COVID-19 puso en la mesa del Estado el débil sistema sanitario que por años arrastró y las dificultades que tuvo el gobierno para gestionar un problema público monumental en una de las más grandes naciones del planeta. La pandemia, sin duda deja una poderosa lección a la clase y a los líderes políticos que hoy timonean el Estado indio en no desatender uno de los pilares que sostiene a la población como lo es la salud pública.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, India, salud pública, pobreza.

ABSTRACT

This document seeks to briefly describe the impact of COVID-19 in India and the role played by the State in its titanic task of locking down an overpopulated country. The storm generated by COVID-19 brought to the table the weak health system that had dragged on for years and the difficulties that the government had in managing a monumental public problem in one of the largest nations on the planet. The pandemic undoubtedly leaves a powerful lesson to the class and political leaders who today steer the Indian State in not neglecting one of the pillars that sustains the population, which is public health.

KEYWORD: COVID-19, India, public health, poverty.

I. INTRODUCCIÓN

Cuando en enero de 2020 la pandemia del COVID-19 golpeó la India, este último como otros gobiernos comenzó a combatirlo con mano de hierro pensando que podría

¹ Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Correo electrónico: franz.lenin.20@gmail.com (Autor de correspondencia). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1747-1709>

² Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Correo electrónico: puracalasterosevamilagros@gmail.com (Autor de correspondencia). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2583-871X>

derrotar a la gran tormenta de la ira de Dios. Por aquel entonces, Narendra Modi, primer ministro y uno de los hombres más poderosos de la república más poblada después de China decidió decretar sin ninguna otra opción el gran confinamiento. La medida, caló en más de 1.300 millones de almas de un país cuya masa económica no estaba preparada para las acciones estatales, y mucho menos para las oleadas que siguieron. Aunque, cuando parecía estar todo controlado, el respiro duró poco. Pues, la aparición de las variantes Alpha y Delta llevó al Estado indio y a la nación entera a una de sus mayores catástrofes del siglo XXI (Triambak et al., 2023).

La sobrepoblación, la escasez de recursos y el colapso de los sistemas de salud generaron un impacto devastador, golpeando sin piedad el bienestar económico o lo poco que quedaba en millones de hogares. Así, la India tuvo que combatir a un problema público monumental (Canaza-Choque, 2021a) con suministros limitados, condiciones sanitarias deficientes, dificultades para acceder a medicamentos y a una difícil contención donde la población quedó al límite de la supervivencia (Shrestha et al., 2022).

Nadie dedujo que, a pesar de las características de una de las naciones más grandes del planeta, el repentino bloqueo del gobierno haría caer la economía de forma histórica, obligando a millones de pequeños empresarios y trabajadores a enfrentar un futuro incierto sin el respaldo de sus familias, sin acceso a alimentos y sin empleo. Gran parte de la fuerza laboral y los motores industriales que movían al Estado indio, se quedaron desprotegidos ante la colosal crisis. Las restricciones impuestas a los desplazamientos de personas y mercancías entre Estados y distritos generaron una ola de despidos, y como si no bastara con eso, la tormenta pandémica también castigaría a todas las instituciones que prestaban servicios en los diferentes campos. En este contexto, los pobres y las zonas rurales fueron las más afectadas por el COVID-19 (Shankar, Kumar & Nirmala, 2022). En este documento, dedicamos unas líneas para describir brevemente el impacto del COVID-19 en la India y el papel que tuvo el Estado en su tarea titánica de encerrar un país superpoblado.

II. DESARROLLO

El primer registro de COVID-19 en India se informó el 30 de enero de 2020 en el distrito de Thrissur de Kerala. Desde entonces, el marcador de la primera ola fue de que el impacto perpetrado había cubierto para agosto de 2020 todos los distritos de la India de forma desigual, moderada e intensa (Shil et al., 2022). Para cuando comenzó marzo de 2021, la segunda ola por poco barrió con todo el sistema de salud (Dey et al., 2022). Los llamados guerreros de la atención médica, no solo enfrentaron la sobrecarga de toda la maquinaria de salud de la India, principalmente, los departamentos de urgencias. Sino que, además, se vieron confrontados a no poseer los recursos esenciales para su ejercicio, así como de tolerar condiciones laborales severas y de alto riesgo de contraer la enfermedad. Igualmente, sus acciones por combatir contra la pandemia y a

la vez de atender a su pueblo, se vieron opacadas por la falta de financiación que el Estado descuido por años en este sector (Sarfranz et al., 2022).

Así, con el tiempo en contra, mantener la tasa de letalidad del brote lo más bajo posible y mitigar la inevitable recesión económica previsible ha sido de suma importancia y un reto interminable para el segundo país más poblado del planeta. Pues, luego de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciara el 11 de marzo del mismo año al SARS-CoV-2 como una pandemia de fuertes estragos impredecibles, nada retornaría a ser lo mismo (Canaza-Choque, 2020; 2021b; Purohit et al., 2022). Frente a tal dantesco e irreversible expansión del patógeno, la República de la India no tardó en deliberar el 24 de marzo de 2020 diferentes bloqueos drásticos (Jain & Dupas, 2022) distribuidos en fases y medidas agresivas de cierre de fronteras estatales, la nulidad de desplazamientos poblacionales, la interrupción del funcionamiento regular de escuelas, universidades, iglesias, oficinas, bares y otros lugares públicos con el propósito máximo de evitar la propagación en etapa III del virus o la transmisión de persona a persona (Sarkar et al., 2020).

De esta manera, para la India, lidiar y hacer frente a los efectos adversos del período de bloqueo COVID-19, más allá de la implementación de cuarentenas, rastreos, vigilancias y normas de corte impositivo predispuestas a minimizar el número de casos. Tuvo, desde sus inicios la entera participación de trabajadores de primera línea que batallaron sin descanso, asociaciones médicas, organizaciones no gubernamentales, fuerzas policiales y paramilitares, así como el apoyo activo de voluntarios y la parcial y breve obediencia del público en el tratamiento de la pandemia y de su expreso detrimento colateral (Ghosh et al., 2020).

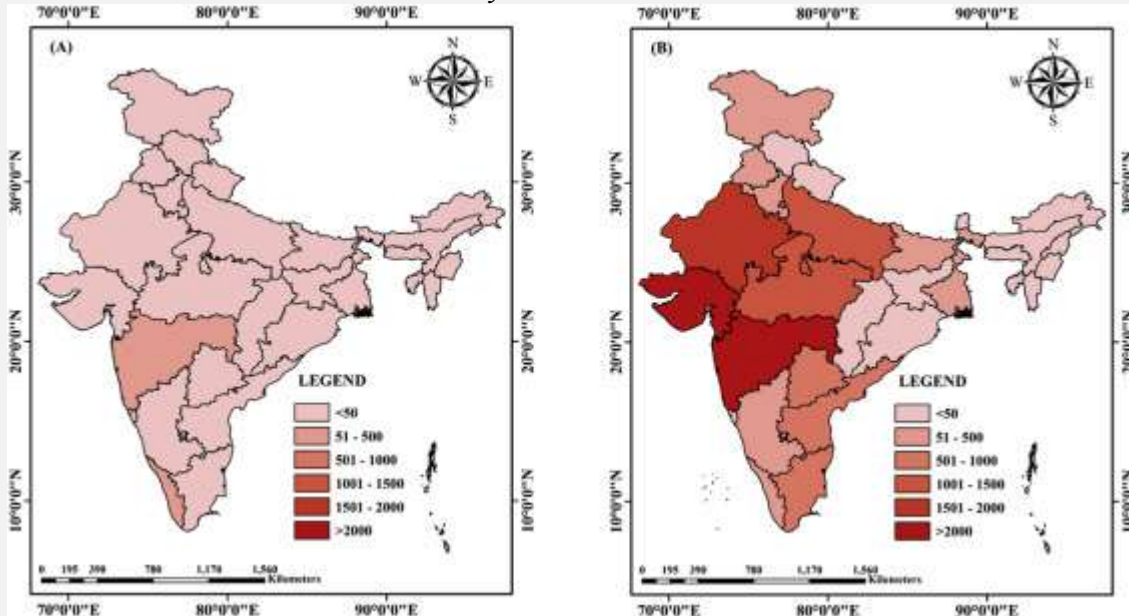
En ese contexto, el gobierno de Modi se enfrentó a una guerra sin explosivos en el que tuvo que movilizar la mayor fuerza de trabajadores de la nación, sobre todo, de la salud. El objetivo, claramente era ganar la batalla (Nichols, Jalali & Fischer, 2022). Pero, en este enfrentamiento el mal cálculo arrasaría con fuertes aturdimientos para el 22% de la población (de este un 26% comprende la India rural y un 14% la urbana) que vivía por debajo de la línea de pobreza (Purohit et al., 2022) y que por décadas de negligencia y bajas inversiones en salud pública que el Estado relegaría se verían sacudidos de costa a costa (Otenyo & Hardy, 2022).

Por más que las medidas y esfuerzos reconocieran la alta necesidad inmediata de una respuesta dura y descentralizada debido a una propagación variada en todo el país. Esto, de forma precipitosa dejó, por un lado, abrumado a poco más de 1.300 millones de personas que habitaban el país asiático del sur; y, por otro, dejó entrever el verdadero desafío de estas medidas neutralizantes. Pues, no paso mucho para que todo el sistema sanitario público y privado del territorio Indo se viniera abajo sin posibilidad alguna de levantarse y reestructurar nuevamente sus recursos (Sarkar et al., 2020). Ya que, cuando el 22 de marzo de 2020 se tuvo un registro de 403 casos confirmados y un total de 7 muertes, para el 22 de abril de ese mismo año el total de casos confirmados

aumentó a 21.370 y en tanto que el número de muertos sumó un total de 681 (Figura 1) (Mukherjee et al., 2022).

Figura 1.

COVID-19 en India: del 22 de marzo de 2020 y al 22 de abril de 2020.



Fuente: Mukherjee y otros (2022).

En efecto, dentro de ese reto desproporcionado, para una región en donde los diversos Estados presentaban desafíos únicos en materia de salud, disparidad social, condición económica y de distintos valores culturales, al igual de perfilar entre su estructura un desarrollo económico rural-urbano en marcha (The Lancet, 2020) y de la privilegiada diversidad en términos de etnia, idioma y religión (Purohit et al., 2022). Todo el impacto negativo se traduciría de la noche a la mañana en aquello que refería Narendra Modi, el sucesivo daño futuro del despertado evento cataclísmico es un precio que tenemos que pagar. Lo que vino después fue de que aquel país que tenía la capacidad tecnológica, el estatus nuclear, la dinámica modernizadora y de ser, hasta entonces una de las mayores potencias en influir en el orden internacional (Cardoza, 2016) terminaría siendo minado ante el peligro internacional que traería consigo la calamidad pública de la pandemia del coronavirus (Canaza-Choque, 2021c).

Frente al gran golpe, nada pudo evitar que la pérdida programada por el COVID-19 debilitara el futuro crecimiento económico de la India por lo menos hasta el 2022. De igual modo, el remesón hiper-sísmico no solo indujo la reducción del tráfico en el puerto, la disminución de la demanda de electricidad y petróleo o la venta de vehículos de la industria móvil, sino que dispuso descalabrar la establecida actividad ferroviaria e inhabilitar el turismo, los viajes aéreos y la circulación fluida de transporte terrestre, al tiempo de devastar a las pequeñas, medianas y grandes empresas, aumentando consecuentemente un fuerte despido de empleados, la disminución de salarios e

ingresos familiares y la masificación del hambre en un país en donde más del 80% de la población pertenecía y trabajaba sobre la base de un sector informal (Raju et al., 2021).

Incluso, en medio de restricciones penalizadas por el Estado y aunque la atención en salud legalmente estuviese exenta del confinamiento. Las interrupciones generalizadas afectaron el acceso a la salud y de los medicamentos, reduciendo en un 51% los programas gubernamentales de seguro médico en todo el país, deteniendo conjuntamente la prestación de rutina y emergencia de enfermedades no relacionadas con el COVID-19 (Jain & Dupas, 2022). Por si esto fuera poco, el peor impacto se trasladó y tradujo entre la población localizada en el umbral de la pobreza (Canaza-Choque, 2021d). Pues, la fuerte dependencia de la provisión privada junto a los insuficientes fondos destinados al sistema de salud pública, la destacada situación de desigualdades sociales y la alta concentración de familias precarias en zonas rurales (65%) (Purohit et al., 2022), acabaron empoderando una poderosa barrera de acceso y obligando al Estado a desarrollar de manera urgente medidas paliativas y de empoderamiento frente a las redes de salud.

III. CONCLUSIONES

La tormenta generada por el COVID-19 en la India puso en la mesa del Estado el débil sistema de salud y las dificultades que tuvo el gobierno para gestionar un problema público monumental en un país superpoblado con grandes desigualdades. Las acciones estatales de confinar a una enorme masa demográfica golpearon de manera desproporcionada al sector más débil de la población. En lo que va de la fecha, el sistema de salud pública de la India ha tenido una de sus mayores batallas que por donde lo veamos deja una gran lección al Estado indio de no descuidar este pilar que sostiene a una de las más grandes naciones del planeta.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canaza-Choque, F. A. (2020). Educación superior en la cuarentena global: disrupciones y transiciones. *Revista digital de investigación en docencia universitaria*, 14(2). <https://doi.org/10.19083/10.19083/ridu.2020.1315>
- Canaza-Choque, F. A. (2021a). Enemigo Público. Estado de excepción global y la protección de los derechos humanos en tiempos inestables. *Revista Peruana de Derecho y Ciencia Política*, 1(1), 1-11. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11055010>
- Canaza-Choque, F. A. (2021b). Educación y pospandemia: tormentas y retos después del COVID-19. *Conrado*, 17(83), 430-438. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11002834>
- Canaza-Choque, F. A. (2021c). Pandemia por COVID-19: Tormenta de arena y el despertar de una bestia. *Disenso. Crítica y Reflexión Latinoamericana*, 4(2), 103-118. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11055387>
- Canaza-Choque, F. A. (2021d). Pandemia 2020 y el poder del Estado. Daños, impactos y respuestas a zonas desprotegidas en escenarios devastadores. *Socialium*, 5 (1), 56-74. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.1.752>
- Cardoza, J. A. (2016). El ascenso de la India: de colonia al umbral de gran potencia. *Agenda Internacional*, 23(34), 9-48. <https://doi.org/10.18800/agenda.201601.001>

- Dey, A. K., Bhan, N., Rao, N., Ghule, M., Chatterji, S., & Raj, A. (2022). Factors affecting delayed and non-receipt of healthcare during the COVID-19 pandemic for women in rural Maharashtra, India: Evidence from a cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101741>
- Ghosh, A., Nundy, S., & Mallick, T. K. (2020). How India is dealing with COVID-19 pandemic. *Sensors International*, 1, 100021. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2020.100021>
- Jain, R., & Dupas, P. (2022). The effects of India's COVID-19 lockdown on critical non-COVID health care and outcomes: Evidence from dialysis patients. *Social Science and Medicine*, 296, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114762>
- Mukherjee, T., Banerjee, A., Mitra, S., & Mukherjee, T. (2022). COVID-19: In the direction of monitoring the pandemic in India. In *Data Science for COVID-19* (pp. 705-728). Academic Press.
- Nichols, C., Jalali, F., & Fischer, H. (2022). The “Corona Warriors”? Community health workers in the governance of India's COVID-19 response. *Political Geography*, 99, 102770. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2022.102770>
- Otenyo, E.E., & Hardy, L.J. (2022). Chapter 5 Managing the COVID-19 pandemic in India's Siddi zones. The Inequality of COVID-19 (pp. 155-175).
- Purohit, N., Chugh, Y., Bahuguna, P., & Prinja, S. (2022). COVID-19 management: The vaccination drive in India. *Health Policy and Technology*, 11(2), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2022.100636>
- Raju, E., Dutta, A., & Ayebe-Karlsson, S. (2021). COVID-19 in India: Who are we leaving behind? *Progress in Disaster Science*, 10, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2021.100163>
- Sarkar, K., Khajanchi, S., & Nieto, J. J. (2020). Modeling and forecasting the COVID-19 pandemic in India. *Chaos, Solitons and Fractals*, 139, 110049. <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.110049>
- Sarfraz, Z., Sarfraz, A., Sarfraz, M., Chohan, F. A., Stringfellow, C., Jain, E., ... & Cherrez-Ojeda, I. (2022). Lessons learnt from emergency medicine services during the COVID-19 pandemic: A case study of India and the United States. *Annals of Medicine and Surgery*, 73. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103197>
- Shankar, V. U., Kumar, P. S., & Nirmala, K. (2022). Epidemiological impact of COVID-19 in India: Country with second foremost positive cases in the world. *Total Environment Research Themes*, 3, 100007. <https://doi.org/10.1016/j.totert.2022.100007>
- Shrestha, A. B., Khatroth, S., Malreddy, A., Issa, F. A., Shrestha, S., & Shrestha, S. (2022). Cholera amid COVID-19: call from three nations; India, Bangladesh, and Nepal. *Annals of Medicine and Surgery*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104936>
- Shil, P., Atre, N. M., Patil, A. A., Tandale, B. V., & Abraham, P. (2022). District-wise estimation of Basic reproduction number (R0) for COVID-19 in India in the initial phase. *Spatial Information Research*, 30(1), 37–45. <https://doi.org/10.1007/s41324-021-00412-7>
- The Lancet. (2020). India under COVID-19 lockdown. *Lancet*, 395(10233), 1315. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30938-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30938-7)
- Triambak, S., Mahapatra, D. P., Barik, N., & Chutjian, A. (2023). Plausible explanation for the third COVID-19 wave in India and its implications. *Infectious Disease Modelling*, 8(1), 183-191.

ACERCA DE LOS AUTORES

Franz Lenin Condori-Alvarez: Docente Investigador e Historiador, Licenciado en Ciencias de la Educación, Maestrando en Investigación y Docencia Universitaria en la Unidad de Postgrado de la Facultad de Ciencias Sociales. Estudios concluidos en maestría en Educación con Mención en Didáctica de las Ciencias Sociales de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno [UNAP].

Eva Milagros Puraca Lasteros: Docente de Educación superior pedagógico MINEDU - Investigadora social. Licenciado en Ciencias de la Educación, Bachiller en Educación Inicial, Estudios concluidos de maestría en Administración y gerencia educativa [UNAP]. Maestrando en Didáctica de la educación superior.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no incurre en conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Los autores declaran haber desarrollado en su totalidad el presente estudio.

Fuentes de financiamiento

Los autores declaran que no recibió un fondo específico para esta investigación.

Aspectos éticos y legales

Los autores declaran no haber incurrido en aspectos antiéticos, ni haber omitido aspectos legales en la realización de la investigación.