The illustration features a large, stylized hand in shades of blue and grey, positioned as if holding a map of Latin America. The map is rendered in a light blue color and is overlaid with several dark grey, spherical virus particles with prominent spikes. In the upper right portion of the map, two figures in full-body protective suits and masks are shown, one appearing to be working with a sample. The background is a solid, bright yellow color.

Pandemias y sindemias

narrativas de
hispanoamérica



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez

© David Hernández Carmona, Eliana Martínez Herrera,
Diego Andrés Ramírez Giraldo, et al.
© Epidemiología y Salud Urbana LIESU GEPI
© Historia de la Salud
© Facultad Nacional de Salud Pública

ISBN: 978-628-7592-68-1

Primera edición: Febrero 2023
Corrección de texto, diseño de cubierta y diagramación: María Camila Mojica Vélez
María Camila Mojica Vélez
Publicación digital y terminación: Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública

Diseñado y hecho en Colombia / Designed and published in Colombia

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin autorización escrita de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Teléfono: [57 + 604] 219 8332
Telefax: [57 + 604] 263 8282
Página web: <https://www.udea.edu.co/>
Correo electrónico: eliana.martinez@udea.edu.co
arnovis.hernandez@udea.edu.co
Dirección: calle 70 No. 52 - 21 Medellín, Antioquia, Colombia

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia, ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos contenidos en la obra, así como por la eventual información sensible publicada en ella.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez

John Jairo Arboleda Céspedes
Rector

José Pablo Escobar Vasco
Decano

Edwin Rolando González
Vicedecano Facultad Nacional de Salud
Pública

Luz Mery Mejía Ortega
Jefa de Centro de Extensión Facultad
Nacional de Salud Pública

Equipo editorial

David Hernández Carmona
Docente

Eliana Martínez Herrera
Docente
Coordinadora Línea de Investigación
Epidemiología y Salud Urbana LIESU GEPI

Corrección de estilo y diseño editorial
María Camila Mojica Vélez

Autores

Diego Andrés Ramírez Giraldo

Eliana Martínez-Herrera

Juan Camilo Molina-Betancur

Salim Chalela, Claudia Álvarez

Walter Lugo Ruiz

Rodrigo de J. García Estrada

Frankly Alberto Suárez Tangarife

Sandra Liliana Gómez Bautista

Lina María Triana Trujillo

Paula Andrea Borda Osuna

Diana Alexandra González Chacón

Michelle Morón Araújo

Diego Andrés Ramírez Giraldo

Alba Rocío Rojas León

Diana Alexandra González Chacón

Felipe Gutiérrez Flórez

Federico Londoño Duque

Joan Benach

Emilio Quevedo-Velez

Juan Diego Restrepo Toro

Beatriz Elena Arias López

Eulalia Hernández Ciro

Alderid Gutiérrez Loaiza

Mayra Alejandra Saldarriaga Sepúlveda

Assis Daniel Gomes

Línea de Investigación Epidemiología y Salud Urbana LIESU GEPI.

Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"

Universidad de Antioquia

Medellín-Colombia

2022

©

Índice

Introducción

Presentación.....	11
Prólogo.....	12
Las narrativas.....	18
Reflexión visual.....	19

Historia

La conquista de los pueblos indígenas, el conflicto armado y la pandemia: notas desde el Darién chocoano.....	23
Historia confinada de la “gripe española” en Bogotá y Medellín (Colombia), 1918-1919.....	37
“A morte e o desespero”: infância, seca e ciência médica no sertão nordestino (Brasil, anos 1950).....	61
Historia del tapabocas o mascarilla a través de las pandemias.....	77

Pandemias y Sindemias

Relatos de personas, pestes, epidemias, pandemias y sindemias.....	91
Una epidemia de mala información.....	111
Punk, sindemia y desigualdad social: desesperanza letal.....	127
La desigualdad es la peor pandemia.....	145
Inorganicidad de la vida. Emergencia de un acontecimiento.....	165

Salud pública

Dengue, Zika y Chikungunya: de la emergencia a la endemia.....	193
Más allá de los tiempos epidemiológicos de la Covid-19. Experiencias pandémicas desde la ruralidad.....	103
El papel de un laboratorio de salud pública en la pandemia.....	221
La resiliencia en el escenario sindémico de la COVID-19.....	231

Figuras y tablas

Tablas

Tabla 1. Fallecidos en Bogotá, a causa de la influenza, 1918.....	45
Tabla 2. "Algunas de las contribuciones recibidas entre octubre y noviembre de 1918 para la Junta de Socorro de Bogotá".....	47
Tabla 3. Cuadro comparativo entre dengue, Zika y Chikungunya.....	201

Imágenes

Imagen 1	Uma criança devorada por varejeiras.....	69
Imagen 2	Historia del tapabocas.....	80
Imagen 3	Historia del tapabocas.....	80
Imagen 4	Historia del tapabocas.....	81
Imagen 5	Historia del tapabocas.....	82
Imagen 6	Modelo de una sindemia.....	132
Imagen 7	La Punkovid. Vol. 1. Cd-R.....	139
Imagen 8	La Punkovid. Vol. 1. Portada y contraportada.....	139
Imagen 9	Los acontecimientos puros.....	172
Imagen 10	El acontecimiento determinado.....	173
Imagen 11	Síntesis de la pluralización y explosión de temporalidades, más allá de "los tiempos pandémicos.....	215

Introducción

Presentación

La comprensión de salud pública y salud colectiva en la realidad contemporánea es posible dada la creciente y variada mixtura de estudios sociales, culturales y epidemiológicos y la relevancia histórica de hechos y eventos poblacionales y mundiales que inciden en el devenir de la humanidad.

Pese a las aparición permanente de epidemias y la definición de nuevas pandemias en el horizonte. La actual sindemia de COVID-19 demostró que la salud individual, centrada en la enfermedad y medicalizada es obtusa para enfrentar la crisis social generada por este nuevo virus. Este hecho histórico del cual se reclaman aprendizajes y nuevos cursos de vida comunitarios se suma a las incertidumbres de una globalidad agotada. Es que, han sido más comunes de lo pensado las consecuencias sindémicas, ellas han devastado hasta 2/3 de la población en algunos momentos. Sin embargo, cuando inició la actual pandemia hacia finales de 2019, la humanidad estaba convencida que un evento masivo epidemiológico, de carácter planetario, no volvería a ocurrir. Sólo los investigadores más avezados y los salubristas y epidemiólogos expertos en epidemias y pandemias ya habían pronosticado una nueva pandemia en el corto plazo, como la protagonizada por el COVID-19.

Respondiendo a esta necesidad de conocimiento e información en el ejercicio salubrista alrededor de estos fenómenos de salud pública masivos, la Facultad con los grupos de investigación de Historia de la Salud, que es uno de los más antiguos, y de Epidemiología, en la línea de Salud Urbana, se propusieron compilar a través de una publicación algunos conocimientos históricos, antropológicos, epidemiológicos y de salud pública alrededor de las pandemias y sindemias de cara a las realidades de algunos países iberoamericanos centrados en narrativas descriptivas y explicativas sensibles a colectivos humanos vulnerables y a perspectivas de políticas para la acción global. Fruto de ello, se publican trece textos de académicos e investigadores de Colombia, Brasil y España, que re-flexionan sobre algunos eventos relacionados con las pandemias, en diferentes contextos.

Inspirados en Héctor Abad Gómez, esperamos que estos aportes sean luz para nuevas líneas de investigación histórica, antropológica, epidemiológica y de salud pública de cara a las realidades vividas y repensadas por la COVID-19.

José Pablo Escobar Vasco

Decano

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Prólogo

La Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" para su gestión organizacional académico administrativa acoge en grupos de desarrollo a profesores e investigadores para el florecimiento, evolución y consolidación de asuntos temáticos alrededor de la salud pública, es así como esta obra "Pandemias y Sindemias: Narrativas de hispanoamérica" emerge de la iniciativa de profesores de los grupos de Epidemiología GEPI con más de 45 años de trayectoria y de Historia de la Salud recientemente conformado para avanzar en la comprensión de los eventos epidemiológicos y de salud pública derivados de las epidemias, pandemias y sindemias a lo largo de la historia.

A la convocatoria de textos, realizada en el año 2021, respondieron escritores y académicos de Colombia, Brasil y España. Las contribuciones fueron recibidas mediante convocatoria pública programada después del confinamiento global que acrecentó el interés de las numerosas reflexiones acaecidas por los hechos cotidianos de sufrir los efectos de la COVID-19. Se resalta en la mayoría de ellas, la incorporación del pensamiento epidemiológico al seguimiento histórico presentado, en sus abordajes amplios de la epidemiología crítica, social y situada, superando los meros análisis de factores de riesgo e invitando al lector a surfear en la necesaria interacción académica de campos y disciplinas del saber que, imbricados recrean las realidades de pandemias y sindemias en contexto, son bastante ejemplarizantes de las vivencias en muchas latitudes del planeta. Una vez seleccionados los textos fueron revisados por un grupo de expertos con técnicas híbridas de análisis y orientaciones para los autores.

Las trece contribuciones para esta publicación tienen como centro una mirada histórica de las pandemias y sindemias en diferentes contextos, pero sus formas de comprender y entender este fenómeno son tan diversas como los autores mismos.

En este sentido, la obra se concibió en tres momentos:

El primero de ellos, denominado Historia, recoge los aportes de historiadores de oficio y académicos sobre diferentes eventos epidemiológicos en los contextos de Colombia y Brasil. El segundo apartado, denominado Pandemias y Sindemias, recopila relatos de eventos epidemiológicos a manera de ensayo, de Colombia y España, en un lenguaje más claro y sencillo, ideal para el lego en la disciplina histórica y de la salud pública, pero no por eso sin rigurosidad académica.

El tercer y último apartado, Salud Pública, recoge cuatro experiencias de investigación que nos ponen a reflexionar sobre esas otras miradas de las epidemias, pandemias y sindemias, que por lo general pasamos por alto.

Todos invitan desde la narrativa acompasar la danza de los números de un nuevo amigo de la evolución como el punto de partida de la obra pero en ningún momento son orientadores de las conclusiones propias del lector, pese a que estos matices fueron inspirados en particular por la clásica manera del hacer científico permiten descubrir la confluencia histórica de los hallazgos epidemiológicos y sus interpretaciones pero además de las realidades epidemiológicas y la evidencia del riesgo y de los daños sugerentes a la devastación humana ocasionada y agravada por diminutas y poderosas entidades biológicas amigas de la evolución humana.

Historia

1. En el texto “La conquista de los pueblos indígenas, el conflicto armado y la pandemia: notas desde el Darién chocoano” escrito por el historiador y magíster en Estudios Latinoamericanos Diego Andrés Ramírez Giraldo, se presenta una visión cosmogónica del encuentro del hombre indígena del Darién Chocoano con COVID-19. Un virus que les hizo evocar el choque de civilizaciones producido en la época de la conquista de América porque los conquistadores europeos, además de los barcos, los caballos, la pólvora, la rueda, trajeron consigo virus, enfermedades y muertes que en poco tiempo diezmaron la población de este continente. Ese encuentro y aprendizaje, que parece tan lejano, les hizo virar su mirada actual hacia la naturaleza, sus plantas sagradas, sus cantos míticos, que conectan con su ser espiritual, para hacerle frente a la nueva pandemia del siglo XXI. La cosmogonía indígena, espiritual, sagrada, conectada con la vida en todas sus manifestaciones, fue un factor protector para la salud individual, familiar y comunitaria de esta población, en tanto todas y todos estuvieron conectados con sus ser espiritual, para enfrentar de manera decidida y firme este nuevo virus, que mal tratado, podía llevar a pérdidas de capacidades e incluso la muerte de las personas. Con base en los datos epidemiológicos del Ministerio de Salud de Colombia, la comunidad de Gunadule no se reportaron muertes por COVID-19 en lo corrido de la pandemia.

2. Por su parte, los historiadores Rodrigo García y Franklyn Suárez, nos proponen una lectura de la Gripe Española en el contexto local: “Historia confinada de la “gripe española” en Bogotá y Medellín (Colombia), 1918 – 1919”. En este relato, de corte histórico, los autores realizan un barrido historiográfico de las investigaciones realizadas en diferentes contextos sobre este hecho histórico, que en su momento no fue tan mediático como el actual, pero que también tuvo repercusiones en la salud pública y en la sociedad en su conjunto. Seguidamente, se introduce al lector a la comprensión del momento histórico de principios del siglo XX, que incubaba una de las epidemias más mortífera en este época, como consecuencia de la Gran Guerra. Para luego ubicar el relato en Colombia, donde la Gripe Española en Bogotá cobró más de 3.000 muertos según las cifras

oficiales, sin contar con el inmenso subregistro de la época; y en Medellín se resaltan las medidas sanitarias que desde la administración municipal se tomaron para enfrentar la crisis sanitaria por la cual atravesaba el mundo.

3. Entre tanto, el historiador brasileiro Assis Daniel Gomes presenta en su texto: “A morte e o desespero: infância, seca e ciência médica no Sertão Nordeste (Brasil, anos 1950)”, una interpretación de una epidemia de hambre en la década del 50 del siglo XX en Brasil, producto de una gran sequía en el noreste del país. Para su análisis utiliza como fuente primaria periódicos y otra variedad de publicaciones científicas de la época. Al autor le interesa interpretar los regímenes de verdad que las publicaciones científicas de la época y de divulgación esgrimían en favor de las políticas de asistencia social y de salud, en especial de la población infantil de Brasil.

4. Luego, la odontóloga Michelle Morón Araújo, nos presenta el texto “Historia del tapabocas o mascarilla a través de las pandemias”, en el cual nos hace un recorrido por algunas de las pandemias más representativas en la historia de la humanidad, resaltando el papel de las mismas en la terapéutica médica. Hace un énfasis especial la mascarilla N95 y su importancia para el personal de la salud en la época contemporánea. Si bien las mascarillas han acompañado a la humanidad en diferentes momentos, y con significados disímiles, en la actualidad, a partir de la declaratoria de pandemia por la COVID-19 en 2020, la mascarilla fue recomendada por la OMS para toda la población, en especial para el personal de la salud y para la población más indefensas desde el punto de vista epidemiológico.

Pandemias y sindemias

5. El médico e historiador colombiano Emilio Quevedo nos presenta el texto “Relatos de personas, pes-tes, epidemias, pandemias y sindemias”, en el cual nos recrea en tres relatos cortos, más cercanos a la literatura que a la disciplina histórica, diferentes momentos de la humanidad sobre el proceso morboso de la salud-enfermedad, y en especial de esos momentos caracterizados por una amenaza biológica inminente capaz del exterminio. Estos relatos fueron construidos por el autor a lo largo de su vida académica e intelectual, y sirvieron de insumo para algunos de sus cursos académicos en pre y posgrado. Lo interesante de estos relatos, es que además de describir y analizar los diferentes procesos morbosos, el autor intenta acercarse a las mentalidades de las personas y su época, indagando por las dimensiones personales del sufrimiento y las representaciones culturales que sobre la enfermedad se forjan la comunidad y los enfermos.

6. En el texto “Una epidemia de mala información” del periodista y magíster en Salud Colectiva Juan Diego Restrepo Toro, se hace una crítica a la infodemia relativa a la actual pandemia del COVID-19, pues en

lugar de generar claridad y comprensión a las personas de los temas de salud pública y la pandemia, lo que hicieron fue confundir y tergiversar información vital para la salud y seguridad de las personas. En un primer momento el autor realiza una contextualización de lo que él denomina “determinación histórica de la infodemia”, buscando rastros en fuentes literarias e históricas de momentos en los cuales la información relativa a un momento epidemiológico concreto, fue clave para la evolución de la enfermedad en una población concreta. En “las metáforas de lo viral” el autor plantea la desinformación como una enfermedad viral de propagación pandémica sin control. Y en “el poder de la persuasión” hace alusión a las maneras como operaran las cadenas de información para saturar a las personas, y sin mediar crítica, acogerse a uno u otro comentario o publicación. Concluye el texto con algo que parece obvio, pero no lo es, y es la necesidad de informarnos adecuadamente como sociedad, como individuos, como investigadores; haciendo una selección rigurosa de las fuentes y contrastándolas entre ellas, de manera objetiva y crítica.

7. La profesora Alba Rocío Rojas León, licenciada en español y literatura, comunicación social y periodismo y Magíster en Lingüística, nos presenta el texto “Punk, sindemia y desigualdad social: desesperanza letal” en el cual llama la atención sobre un movimiento social contemporáneo hijos del rock y el punk en la ciudad de Medellín y su área rural. Pone en evidencia la necesidad de reconocer la sindemia como un fenómeno que además de biológico, es social y cultura y como tal debe atenderse desde la complejidad del mismo. Hablar de la comunidad Punk en Medellín alude a categorías como desigualdad estructural, consumo de drogas y sustancias psicoactivas, ansiedad, estrés, pobreza, abandono estatal, que con el COVID-19 estas desigualdades estructurales tendieron a incrementarse. En sus canciones, melodías, ritmos, armonías, se transmiten sus valores, pero también sus temores, angustias, dilemas, que nos son propios, son de toda una comunidad, que en los momentos más difíciles y aciagos de este momento histórico, reafirmaron su compromiso con el colectivo, con la comunidad punkera.

8. Seguidamente, el profesor Joan Benach, investigador y salubrista de la Universidad Pompeu Fabra, en su texto “la desigualdad es la peor pandemia” nos expone la necesidad de pensar la desigualdad social como una de las peores pandemias contemporáneas. Plantea una comprensión de las causas de la salud colectiva y hace una crítica a la salud biologista e individual, que separa los cuerpos por especialidades y compartimentos, no permitiendo una comprensión del todo, de eso que se conoce como salud. Con respecto al coronavirus el autor plantea una confluencia de varias epidemias acumuladas en las últimas décadas, como producto de los determinantes sociales y de las condiciones de vida-salud-enfermedad de las personas. En este sentido, expresa que la desigualdad social propia de nuestros tiempos, incrementa una desigualdad pandémica, y pone como ejemplo España, uno de los países más desiguales de la Unión Europea, y donde la pobreza se ha incrementado en proporciones inimaginables producto de la actual pandemia de la COVID-19. Como estrategias de afrontamiento de la pandemia han surgido tres modelos de gestión de la pandemia: necrofilico, preventivo – institucional y reactivo-empresarial. Hace una crítica al capitalismo neoliberal y plantea lo que

se debe superar para lograr una salud más armónica con el medio ambiente y la sociedad. Por último, hace algunas propuesta para la creación de un nuevo sistema de salud pública.

9. Para concluir este apartado, los historiadores Felipe Gutiérrez Flórez y Federico Londoño Duque, doctores en Historia y Ciencias Sociales respectivamente, presentan su texto “Inorganicidad de la vida. Emergencia de un acontecimiento” en el cual ofrecen dos ejes de reflexión: en el primero se presenta una analítica de la efectualidad que genera en el presente la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, como la SARS-CoV-2, con un impacto considerable en la salud global; y en el segundo, revisa la historia de la ciencia en Occidente, sobre todo de aquellos acontecimientos históricos que han ahondado y respaldado lugares comunes alrededor de este acontecimiento. Categoría conceptual que los autores analizan a la luz de las nuevas realidades pandémicas contemporáneas. Reflexionan sobre los nuevos agenciamientos que consisten en la fijación de gestos, prácticas y pensamientos a través del tiempo. Por último, se adentran en una discusión clave relativa a la teoría del vitalismo.

Salud Pública

10. La bacterióloga Diana Alexandra González Chacón, de la Subdirección del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, nos presenta el texto: “Dengue, Zika y Chikungunya: de la emergencia a la endemia”, en el cual hace un llamado de las enfermedades transmitidas por vectores, tan recurrentes en nuestro contexto tropical. La autora hace un recuento histórico de los primeros reportes de la fiebre amarilla y el dengue en los primeros siglos de la era cristiana, en el medioevo y en la modernidad. Siendo Estados Unidos, en la primera mitad del siglo XX, uno de los primeros países en tomar medidas sanitarias para impactar la reproducción de los vectores, directamente implicados en la transmisión de estas enfermedades. En 1947 se aísla por primera vez el virus del Zika, proveniente del mono Rhesus en el bosque de Zika en Uganda. Y cinco años después, se descubrió por primera vez un grupo de personas enfermas y febriles en Tanzania, al norte de Mozambique. Si bien los gobiernos del mundo vienen trabajando por impactar y erradicar estas enfermedades, lo cierto es que en las primeras dos décadas del siglo XXI, en lugar de disminuir, los reportes de estas enfermedades han aumentado de una manera considerable, sobre todo por el efecto del cambio climático en la reproducción y adaptación de estos mosquitos en otras áreas del planeta. Lo que implica realizar un mayor esfuerzo para impactar esta problemática.

11. Las investigadoras de la Universidad de Antioquia Beatriz Elena Arias López, Eulalia Hernández Ciro, Alderid Gutiérrez Loaiza y Mayra Alejandra Saldarriaga Sepúlveda, nos presentan el texto: “Más allá de los tiempos epidemiológicos de la COVID-19. Experiencias pandémicas desde la ruralidad”, en el cual nos hacen un llamado para comprender la experiencia de la pandemia en el contexto rural. Las autoras se centran en las voces de los habitantes rurales, a propósito de un trabajo previo de las investigadoras con organizaciones

sociales y comunitarias entre 2020 y 2021. El texto ofrece una perspectiva múltiple e histórica de la experiencia y voces de los habitantes rurales, sobre todo en temas como las percepciones sobre la enfermedad, las formas de cuidado, los miedos, los medios de comunicación y el aprendizaje.

12. Por otra parte, las bacteriólogas Sandra Liliana Gómez Bautista, Lina María Triana Trujillo, Paula Andrea Borda Osuna y Diana Alexandra González Chacón, presentan su texto: “El papel de un laboratorio de salud pública en la pandemia”. En él, las autoras hacen un recuento histórico de las principales pandemias conocidas y su impacto en la salud pública. Se resalta la labor de los laboratorios de salud pública en la pandemia de COVID-19, en especial la disposición de los mismos para la identificación y reporte de casos en el distrito capital de Bogotá. Por la alta afluencia de casos en plena crisis pandémica, el laboratorio generó alianzas y estrategias descentralizadas para responder a la demanda del medio. La colaboración, el trabajo articulado, la sinergia entre los diferentes prestadores, fue clave para responder adecuadamente a los retos actuales.

13. Por último, los investigadores Eliana Martínez Herrrea, Juan Camilo Molina Betancur, Salim Chalela, Claudia Álvarez y Walter Ruíz en sus diversas formas de hacer ciencia, reflexionan sobre “La resiliencia en el escenario sindémico de la COVID-19: a propósito de transiciones y transformaciones en salud”. En este texto, los autores plantean la necesidad de aprovechar esta crisis pandémica para generar transiciones sostenibles hacia cambios transformativos de los sistemas de salud resilientes. A partir de la experiencia y las publicaciones existentes, los autores plantean lecciones aprendidas de la actual pandemia, ante la fragilidad humana y de la vida misma, la incertidumbre y la capacidad de respuesta social. Se requiere entonces mayor conocimiento de estos fenómenos de salud pública, mayor gobernanza en la formulación de políticas para preparar, dirigir y gestionar los sistemas de salud ante estas crisis.

Esta contribución se da en medio de una profunda crisis, indiferencia e incertidumbre social gracias a la suma de voluntades y a la generosa colaboración de sus autores, quienes habiendo superado la enfermedad, acompañado procesos cercanos a ellos, sintiendo el dolor de las pérdidas humanas evitables dieron vida al manuscrito que se presenta a continuación.

David Hernández Carmona

Eliana Martínez Herrera

Editores

Las narrativas

La Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" por años ha considerado para su gestión organizacional, lo que se denomina en su interior Grupos de Desarrollo. En la actualidad existen ocho grupos, en ellos confluyen profesores investigadores que, al ser integrados por áreas del conocimiento, propenden por el desarrollo de intereses temáticos alrededor de la salud pública.

Para la concepción de esta obra "*Pandemias y Sindemias: narrativas de hispanoamérica*"; los grupos de Epidemiología y de Historia de la Salud confluyeron para hacerla posible desde la línea de investigación "*Salud Urbana y Epidemiología*".

Las contribuciones fueron recibidas mediante convocatoria pública que fue programada para seis meses. Se resalta la incorporación del pensamiento epidemiológico al seguimiento histórico presentado en la mayoría de los textos, que aboradaron ampliamente la epidemiología crítica, social y situada, de esta manera, se supera los meros análisis de factores de riesgo y se invita al lector a surfear en la necesaria interacción académica de campos y disciplinas del saber, ya que recrean las realidades de las pandemias y sindemias en diversos territorios, estos escritos son bastante ejemplarizantes de las vivencias en muchas latitudes del planeta.

El equipo coordinador de la edición presenta la obra en tres apartados, los cuales están acen- tuados en su intención por la historia, la salud pública y el eje central de las pandemias y sindemias, esto intenta dar un balance para el punto de partida de la obra, pero en ningún momento los ejes son orientadores de las conclusiones propias del lector. Pese a que estos matices fueron inspirados por la clásica manera del que hacer científico, permiten descubrir la confluencia histórica de los hallazgos epidemiológicos y sus interpretaciones, pero además, muestran las realidades epidemiológicas y la evidencia del riesgo y de los daños sugerentes a la devastación humana, que es ocasionada y agravada por diminutas y poderosas entidades biológicas que son amigas de la evolución humana.

Esta contribución se da en medio de una profunda crisis social, indiferencia e incertidumbre, gracias a la suma de voluntades y a la generosa colaboración de sus autores, sin ellos, este manuscrito no hubiera cobrado vida.

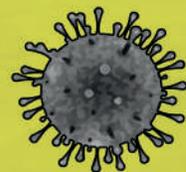
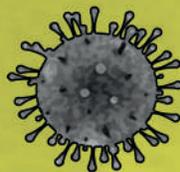
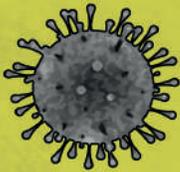
Reflexión visual

Esta producción narrativa está acompañada por unas ilustraciones y diseños que hacen reflexiones a cada uno de los escritos, las imágenes están construídas a partir de la técnica del collage ilustrado, utilizan colores que hacen alusión a la salud pero también a la enfermedad, el pasado y el presente; de esta manera se contrasta y problematiza esos elementos que se transforman, se contradicen y se yuxtaponen.

Las imágenes buscan plasmar visualmente temas que se trabajan en los textos como el contraste del campo y la ciudad, la transformación en la historia, las contradicciones humanas, las desigualdades, el pasado, los retos de la humanidad, el desarrollo y los grandes avances tecnológicos y científicos, entre otros temas. La concepción de cada imagen busca retratar los actores, las transformaciones, las problemáticas y los contextos de las voces que compilan los manuscritos, por medio de este trabajo se invita al lector a reflexionar sobre los cambios que ha tenido la sociedad a partir de los retos que plantean las pandemias y sindemias.



Historia





La conquista de los pueblos indígenas, el conflicto armado y la pandemia: notas desde el Darién chocoano

**DIEGO ANDRÉS
RAMÍREZ GIRALDO**

Historiador de la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Docente – investigador de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia

El rumor y los virus corren a velocidades inimaginables. Solo necesitan cuerpos y palabras, sin mayores requisitos, para lograr una rápida expansión. Ambos están cargados de información y transmiten mensajes con grados inciertos de letalidad. Advierten, anuncian y, en algunas ocasiones, matan. En el continente americano esta dupla tiene una larga historia: desde la llegada de los europeos el rumor se dispersó por ríos y montañas para ser interpretado por xequés¹, adivinadores y predicadores nativos (Tovar Pinzón, 1997). Se acercaba muerte, desolación, desastres, tal como lo anunciaban sueños y presagios (Portilla, 2003). Ahí también estaba el virus. Silencioso, preparando el escenario para la llegada “triumfal” de los extranjeros.

La pandemia por la COVID-19 también puso en circulación masiva el virus y el rumor. Aprovechó el flujo globalizado de mercancías y personas y el coronavirus se instaló en nuestro imaginario. En tiempo real se reportaba el avance de lo imprevisible. Sin necesidad de xeques o adivinadores, los medios de comunicación y los políticos nos llenaron de certezas: el desastre está cerca, la cura es el aislamiento. Después de estar tercamente aglomerados en ciudades sin planeación, ahora nos tocaba restringir los desplazamientos y los contactos sociales. Mientras el virus avanzaba, nosotros nos quedamos en casa: en lenguaje bélico -muy de moda para describir los efectos de la pandemia-, parecía un juego de táctica y estrategia para controlar el *movimiento*.

africanos y americanos ordenaron el confinamiento de sus poblaciones, el gobierno nacional decretó el 12 de marzo de 2020 el “aislamiento preventivo obligatorio” para todo el territorio nacional². Sin embargo, la aplicación de este decreto sí marcó grandes diferencias: la sociedad colombiana, especialmente las comunidades rurales, se vieron ante el retorno, permanencia o reforzamiento de control a los movimientos por parte de grupos guerrilleros y paramilitares, en el contexto de un largo conflicto armado. El lenguaje utilizado para explicar las medidas de contención de la pandemia, tenía un marco socio-cultural que lo asociaba a la violencia y el conflicto que se propuso remediar el Acuerdo de Paz de 2016 entre el Gobierno Nacional y la guerrilla de las FARC-EP.

En el mes de marzo de 2021 un conjunto de profesoras y profesores nos desplazamos por distintos municipios del oriente antioqueño y la región de Urabá. En el marco del proyecto de investigación “Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y pospandemia³”, conversamos con organizaciones comunitarias y campesinas, líderes de consejos comunitarios y resguardos indígenas, maestros rurales, funcionarios públicos. La intención era indagar en los efectos y afectaciones de la pandemia en las comunidades y territorios rurales ya que, entre las cifras de contagiados, camas UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), muertes y pérdidas económicas, poco figuraban en los reportes oficiales y los medios de comunicación. Un hallazgo inicial fue la relación que expresaron entre el confinamiento de la pandemia -especialmente en el mes de marzo y abril- con los confinamientos generados por los grupos armados en el conflicto armado⁴.

En este sentido, una maestra rural de COREDI, en el municipio de San Francisco expresó: “Esto se asemeja mucho a la guerra que nos tocó vivir, porque a mí me tocó vivirla todita... cuando le decían a usted, enciérrese que viene la guerrilla, es un pánico muy diferente pero no deja de ser pánico... quién iba a pensar que nos iba a tocar esta situación otra vez de no poder salir, de encerrarse, de no ver a nadie en la calle... acá no sabíamos a quién había que temerle”⁵.

Si bien se advierte que existen diferencias entre la pandemia y el conflicto, es evidente que los controles realizados a los desplazamientos fueron similares. Los testimonios dan cuenta de las regulaciones para salir de casa, los horarios para hacer las compras, el encuentro masivo en espacios públicos, la circulación por fuera de la vereda.

En la región de Urabá estos controles fueron más severos. La presencia histórica de grupos armados ilegales y su capacidad para incidir en la vida cotidiana de estas poblaciones incidió en la aplicación estricta de las medidas del gobierno nacional. Mientras el Estado ordenaba quedarse en casa, los grupos paramilitares hacían cumplir dichas órdenes. Según una Asociación de Mujeres de Turbo que tenía un proyecto productivo en una granja agrícola, en la vereda “llegan unos grupos y hay unas leyes, unas normas y nos impusieron normas que no podíamos salir de la casa ni siquiera a producir”. Estos grupos ilegales pusieron un retén -sin presencia ni control de la autoridad oficial- con la consigna: “la ley es para todos y la ley se respeta”⁶.

Situación similar se logró identificar en el Darién, específicamente en el municipio de Unguía, Chocó. Los grupos paramilitares ejercían vigilancia al transporte público fluvial -solo se podía llegar en lancha, navegando el río Atrato-, los desplazamientos por las veredas y corregimientos estaban controlados y la comercialización de mercancías y alimentos debía contar con su autorización. En la pandemia, aprovechando su capacidad para ejercer un estricto control social, estos grupos asumieron la función pública para hacer cumplir toques de queda, regular la entrada y salida del municipio. El uso obligatorio del tapabocas no se aplicó porque impedía la identificación plena de cada persona⁷.

Pandemia y conflicto armado son un binomio difícil de desligar en las comunidades rurales pero en la región de Urabá se constituyó en la oportunidad de reforzar -y legitimar- poderes fácticos que regulaban los movimientos para el “cuidado” de un orden social establecido y no el cuidado de las personas. Esta relación ya fue experimentada por las comunidades indígenas: en los distintos procesos de conquista y colonización les ha tocado lidiar con las armas de metal, los virus y enfermedades de conquistadores, colonos, guerrilleros, paramilitares y militares. Históricamente en América Latina, las epidemias y pandemias están ligadas a la pérdida de autonomía, territorio, unidad y cultura de las poblaciones indígenas (de Sousa Santos, 2021).

Las comunidades indígenas del Darién

El Darién chocoano se caracteriza por su diversidad socio-cultural: comunidades indígenas, afrodescendientes y colonos habitan un territorio de más de 1000 kilómetros cuadrados. Su población es fluctuante, pero supera los 15.000 habitantes. En este territorio el conflicto armado dejó huellas imborrables: cientos de asesinatos selectivos y múltiples masacres. Disputas entre la guerrilla de las FARC-EP, el ELN y las Autodefensas Unidas de Colombia lideradas por Carlos Castaño hicieron que más del 58.9% de su población sea reconocida oficialmente como víctima del conflicto armado (Unidad de Víctimas, Julio, 2020)⁸.

Buena parte de las víctimas son comunidades indígenas de la región. Tanto los Gunadule como los Emberá Dobidá y Eyabidá, están en proceso de reparación colectiva. Actualmente los Gunadule están asentados en el resguardo de Arquía y los Emberá en el resguardo de Cuti, el resguardo de Tanela y los asentamientos en Tumburrulá, Loma estrella, Siparadó, Citará y Eyáquera. Es importante aclarar que los Gunadule están en el territorio del Darién desde el siglo XVI, con el reacomodamiento territorial que implicó la llegada de los europeos y los Emberá solo empezaron a ocupar dichos asentamientos en el siglo XX, después de diversos desplazamientos forzados por los intentos de evangelización y expulsión de sus asentamientos por la construcción de la Hidroeléctrica Urrá en el departamento de Córdoba (González Escobar, 2011).

Si asumimos que la pandemia por la COVID-19 mantuvo o agudizó las afectaciones del conflicto armado y que el conflicto configuró expresiones particulares de la pandemia, por lo tanto, la disputa territorial que tienen los indígenas con el Estado y terratenientes, se convierte en un contexto explicativo. El 5 de abril del 2016 el Juzgado Primero Civil Especializado en Restitución de Tierras de Quibdó, Chocó, dictó sentencia restitutiva de derechos territoriales a la comunidad Emberá de Eyáquerá. Ordenó a distintas instituciones del Estado garantizar los derechos vulnerados a esta población y el cumplimiento efectivo de la restitución de 3.157 hectáreas, según sentencia de la Corte Constitucional de 2011.

El 19 de abril de 2016 el Juzgado Primero Civil del Circuito Especializado en Restitución de Tierras de Quibdó, Chocó, emitió una medida cautelar de protección del resguardo indígena Chidima, Tolo y Pescadito, y ordenó poner en marcha un programa de desminado humanitario y la implementación de una estrategia para combatir la extracción ilegal de minerales que afecta directamente a la comunidad Emberá. Además de la minería, estaba la problemática de la ganadería extensiva, los cultivos ilícitos -y la fumigación con glifosato-, las relaciones tensas con colonos que invadían sus territorios.

El 28 de junio de 2018 el Juzgado Primero Civil del Circuito Especializado en Restitución de Tierras de Quibdó, Chocó, dictó sentencia restitutiva de derechos territoriales a la comunidad Embera-Katío del resguardo de Cuti. Según la sentencia, entre el año 1997 y 2006, la presencia de los grupos armados de la guerrilla de las FARC-EP, los paramilitares y la fuer-

za pública operaron como generadores del desplazamiento forzado masivo de 18 familias Emberá y solo quedaron cuatro mujeres en la comunidad para defender el territorio (Ministerio del Interior, marzo, 2020)⁹. Se les impidió la realización de sus actividades tradicionales para la provisión de alimentos como la caza, la pesca y la recolección, obligando a reducir sus prácticas cotidianas a una pequeña área de **confinamiento**, así como a intervenir los bosques de esta área para sembrar en pequeñas parcelas con cultivos de plátano y arroz.

El 10 de diciembre de 2018 la Sala Primera de Decisión Civil Especializada en Restitución de Tierras del Tribunal Superior de Antioquia, dictó sentencia para restablecer los derechos territoriales del resguardo indígena Tanela, los cuales fueron vulnerados por el despojo, abandono y **confinamiento** a que fuera sometida la comunidad indígena por el conflicto armado interno. En el documento se describen las violencias y controles ejercidos por la guerrilla de las FARC-EP, los paramilitares, la Fuerza Pública y grupos civiles, aliados con los armados, que los confinaron en una franja del resguardo -que equivale a 358 hectáreas de las 1.397 que les corresponde- y los limitaron al uso del territorio para actividades de subsistencia y transitar libremente, lo que a su vez tuvo implicaciones a nivel cultural y espiritual.

El 19 de abril de 2018 el Juzgado Primero Civil del Circuito Especializado en Restitución de Tierras de Quibdó, Chocó, dictó sentencia restitutiva de derechos territoriales a la comunidad Gunadule del resguardo de Arquía. En el documento se describe cómo su territorio fue afectado por el control estratégico de las FARC-EP y por la llegada de los grupos paramilitares,

liderados por Fidel, Carlos y Vicente Castaño. Estos establecieron proyectos de ganadería extensiva y monocultivos de cacao en los límites del resguardo. Además, la comunidad fue confinada a partir de la prohibición del tránsito por zonas de uso ancestral al interior e inmediaciones del resguardo; el minado de las zonas de cacería y caminos que conducen a éstas. Incluso, en el año 2000 el confeso paramilitar Fredy Rendón Herrera, alias el Alemán, se apropió de terrenos del resguardo e impuso restricciones al tránsito de la comunidad, permitiendo la movilización hacia el casco urbano del municipio sólo los días domingo, “situación constitutiva de una afectación territorial por **confinamiento**¹⁰”. Se impusieron bloqueos de alimentos y medicamentos, prohibiendo a los miembros del resguardo ingresar al territorio mercados por un valor superior a veinte mil pesos semanales por familia.

Estos documentos judiciales son una fracción de esa realidad que las comunidades indígenas han tenido que enfrentar en las décadas de conflicto armado, sin embargo, este solo es una expresión de un proceso de larga duración de exterminio físico y cultural sustentado en paradigmas de discriminación racial aún vigentes pero soterrados. A su vez, es el resultado de prácticas de lucha y resistencia que históricamente han elaborado para persistir en la defensa del territorio, la autonomía y la cultura. En el mismo sentido, los efectos y afectaciones de la pandemia en las comunidades indígenas deben entenderse como parte de esa lucha histórica de larga duración y a la presencia de un paradigma de la globalización capitalista, el cientificismo y la centralización del poder estatal o paraestatal¹⁰.

La propuesta es poner a contraluz las interpretaciones que las comunidades indígenas han realizado de las afectaciones sufridas en el marco del conflicto armado con las experiencias generadas en el contexto de la pandemia.

Interpretación del conflicto armado: horizontes para la pandemia

La producción académica sobre el conflicto armado ha sido abundante y diversa. Al calor de las balas y los muertos, se ha logrado documentar las principales afectaciones económicas, sociales, políticas, culturales. Sin embargo, la producción sobre las comunidades indígenas sigue en déficit y, mucho más, cuando se refiere a investigaciones que se realicen desde las mismas comunidades. El Decreto-Ley 633 de 2011 del Ministerio del Interior abrió una puerta para que el Estado asumiera esta responsabilidad: “Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los Pueblos y Comunidades indígenas”.

El Estado debe garantizar la memoria histórica del conflicto desde la mirada indígena. Esto llevó a un proceso de diálogo entre la Mesa de Concertación Indígena y el Centro Nacional de Memoria Histórica para desarrollar un Informe Nacional de Pueblos Indígenas en co-investigación con la Organización Nacional Indígena de Colombia. Después de dos años de investigación que implicó encuentros con diversas organizaciones y autoridades tradicionales de las cinco macroregiones del país, diálogo de saberes, reuniones con académicos y recorridos territoriales se publicó el informe, titulado: *Tiempos de vida y muerte. Memorias y luchas de pueblos indígenas en Colombia*.

El Informe tiene un potencial epistemológico, histórico, ético y político sin precedentes. El texto/telar está escrito a manera de chumbe, canasto, mochila que se teje en entramados para contar las afectaciones vividas por los pueblos originarios en el marco del conflicto armado en Colombia. Se aleja de las coordenadas conceptuales, temporales y espaciales de Occidente -esa línea ascendente de progreso- y parte de una noción de tiempo en espiral que va y viene, “tanto los recuerdos de sufrimiento, como las trayectorias de lucha por pervivir”. Busca conservar la pluralidad de sentidos “sobre lo que hemos sido, somos y seremos” (Centro Nacional de Memoria Histórica - ONIC, 2019, p. 21).

Teje el tiempo desde las memorias vivas que comprende la larga duración que relaciona las violencias contra los pueblos indígenas en el proceso histórico de construcción de la nación colombiana en su diversidad regional. Va más allá de contar el terror de la guerra como ejercicio subjetivo, más bien, lo concibe como una lucha colectiva y plural para impedir la ampliación del genocidio. Desborda la noción normativa y singular de víctima y vincula las historias de violencia contra sus pueblos, sus abuelos, sus padres y las suyas mismas. La violencia del conflicto representa apenas un “ciclo en la espiral del tiempo, puesto que las memorias vivas, como imágenes reiteradas en la larga duración, presentan escenas donde se lucha y donde esta se extingue bajo la tortura, el asesinato y la barbarie, como estrategia de ‘conquista’, ‘civilización’, ‘independencia’, ‘modernización’, ‘progreso’ o ‘desarrollo’ (Centro Nacional de Memoria Histórica - ONIC, 2019, p. 24).”

Para comprender las memorias vivas en el proceso de larga duración que se teje en un tiempo en espiral, propone tres temas claves: el primero lo define como “**la Conquista no ha acabado**”. Esto implica que esa Conquista emprendida desde el siglo XVI se mantiene en formas de subordinación, sujeción, desigualdad, discriminación y racismo estructural; el segundo es la **Red Vital**, como una forma de comprensión propia del tejido de la vida. “Hablar de red implica la existencia de conexiones entre diferentes prácticas, concepciones y entidades que permiten la fluidez y el movimiento de la diversidad que constituye la vida. La vida es interdependiente y asumir esa premisa es central para aproximarse a las relaciones interrumpidas y alteradas por el conflicto armado en los Pueblos Indígenas, comunidades y organizaciones indígenas”; el tercero es la **Mala Muerte**, porque para los indígenas la “muerte no es la cesación de las funciones vitales, se asume como parte del ciclo de la vida en este

mundo; tiene su propia vida; relaciona las interrupciones que las violencias de la larga duración y del conflicto armado han ocasionado a la Ley de Origen, al Derecho Mayor y al Derecho Natural al no permitir que los ciclos de la vida se dispongan según las prácticas propias de cada pueblo. Esta ruptura genera desequilibrio, desarmonía, quiebre abrupto y desproporcionado en lo espiritual, social, cultural y político a la **Red Vital**" (Centro Nacional de Memoria Histórica - ONIC, 2019, p. 34).

A la luz de esta propuesta interpretativa, adquiere otra comprensión y relación con los hechos victimizantes descritos en las sentencias de los juzgados que buscan restablecer los derechos territoriales de los Pueblos Indígenas del Darién. La usurpación de sus tierras y el desplazamiento forzado es indicativo de cómo la **Conquista no ha acabado** y se mantiene el paradigma racial para subordinar y doblegar a sus comunidades; los confinamientos que impedían el uso amplio de sus territorios significa la ruptura y alteración de la **Red Vital** que limita el despliegue de la vida misma en su diversidad y las muertes y masacres cometidas contra los Emberá y los Gunadule no es pérdida subjetiva de una persona sino la interrupción de ciclos de vida que en su vida práctica dispone cada comunidad. La resistencia en el territorio fue un intento por evitar, o más bien contener, el desequilibrio, la desarmonía espiritual, social, cultural y política.

Estas claves interpretativas que se construyen desde una mirada indígena pueden aportar a comprender la pandemia de larga duración en las comunidades indígenas.

La comunidad Gunadule: memorias vivas de la pandemia

El resguardo de Arquía fue golpeado fuertemente por el conflicto. Entre la década de 1980 a 2010, las guerrillas de las FARC-EP y el ELN junto con los grupos paramilitares arreciaron sobre sus poblados. El desplazamiento forzado fue común: tuvieron que buscar refugio en Panamá o en las grandes ciudades. El asesinato selectivo y desaparición forzada apuntó a líderes comunitarios. Se impidió el libre movimiento de las autoridades espirituales y restringieron la circulación en un perímetro reducido, lo que no dejó acceder a los sitios sagrados para hacer rituales de pagamento y armonización del territorio.

Cuando el gobierno nacional decretó en marzo de 2020 el aislamiento preventivo, producto de la pandemia, la memoria se activó instantáneamente. En un principio, como el rumor corre más rápido que el virus, cerraron sus fronteras y no permitieron el ingreso a más personas. Lo primero que consideraron las autoridades, fue el control del territorio: no sólo en términos de vigilar ingresos y salidas sino también de la sanación que se tenía

que empezar a realizar. El profesor Edgar¹¹, indígena Gunadule, rector de la Institución Educativa del resguardo, contó que varias personas empezaron a soñar con lagos de sangre, animales muertos en el camino y peces muertos en el río.

La comunidad se reunió en la Casa Grande. Así como en los momentos más álgidos del conflicto armado, que se juntaban para hacer trabajos espirituales, ahora con la pandemia tenían que activar nuevamente esos encuentros. Los presagios no daban para hacer fiesta. Recuerdan que estaban en una ceremonia en Tanela y llegaron los españoles, aprovecharon que estaban borrachos y los masacraron a todos. Este aprendizaje les favoreció cuando el paramilitar Carlos Castaño anunció en tres ocasiones una masacre y, producto del trabajo espiritual con cantos -sin nombrar a la guerra-, lograron ahuyentar las amenazas.

En uno de los primeros encuentros el cacique, el Saglagan, anunció lo peor. La muerte estaba cerca. Así como en tiempos de la Conquista (Cook, 2005), con la llegada del sarampión, la viruela, después el cólera y la violencia, “siempre caímos en eso. Entonces no sabemos cuántos vamos a caer en esta pandemia”. El cacique advirtió: “cuando los españoles estaban en Europa los hermanos ya sabían que iban a venir y llegaron”. La asociación entre Conquista, enfermedad y mala muerte es clara. La llegada de extraños -virus y personas- podría conllevar a enfermedades sin posibilidad de controlar espiritual y físicamente, por lo tanto, la ruptura con ese ciclo natural de la vida se veía interrumpido abruptamente, como en la guerra, como en el conflicto.

Sin embargo, entre reuniones y reuniones se decid-

ieron a utilizar las plantas. Recordaron historias que contaban el viaje de sus deidades a la “cuarta etapa del espacio”, donde hay otro planeta con muchos árboles y plantas medicinales. Si los abuelos lograron hacerlo, “nosotros también podemos trabajar”. Como en pocas ocasiones, se unieron los mayores conocedores de plantas de la comunidad. Crearon el comité de plantas medicinales y enviaron a hombres y mujeres jóvenes a buscar las plantas en las montañas: “en una montaña viven donde nadie ha puesto ni un machete en ese árbol, son árboles más finos, o sea, tienen todas las energías y para la medicina, esos son los que van a funcionar mejor”.

Es de advertir que el trabajo de búsqueda y recolección de las plantas tiene un proceso ritual. Se tiene que pedir permiso al cosmos, a la creación, a la planta misma, con canto y trabajo espiritual: “cada planta está viva para nosotros, cada planta tiene su nombre, así como nosotros, todos escuchamos y dicen que las plantas tienen más capacidad de escuchar que nosotros mismos; ellas nos ven a nosotros, ellas, como plantas, cumplen la ley, pero nosotros como seres humanos no cumplimos la ley, y muchas veces las plantas piensan: ¿Por qué estos hijos no cumplen y yo sí estoy cumpliendo mi ley?”

Cuando la planta se lleva a la comunidad escucha, mira y empieza a trabajar con las demás. Nunca es un trabajo individual pero tampoco lo puede hacer demasiado tarde: se deben consumir antes de enfermarse, “Ahí nos empezamos a dar cuenta que no se debe esperar a que usted se enferme, si enfermo va a ir a buscar la planta, ya está atrasado. Se debe hacer antes, ahora que estamos sanos, vamos a tomar planticas. Yo veo que el alimento está en uno, si no-

sotros vivimos bien alimentados con plantas medicinales, el cuerpo va a estar fuerte, puede que la gripa nos pegue a nosotros y pase leve”.

El gran error que cometen los no indígenas, advierte Edgar, es que, “nunca han hecho tratamiento de medicinas desde que nacieron hasta ahora, nunca lo han hecho. Por eso consideramos que cualquier enfermedad puede ser mortal para ustedes, en cambio nosotros los indígenas sí hacemos tratamientos de plantas y el cuerpo se vuelve fuerte”. Era verdad. Con todo derecho presumió su fortaleza ante nuestra vulnerabilidad. Sin embargo, la pandemia también los tomó por sorpresa. Asumido el cierre, realizando reuniones permanentes y organizando los comités de medicina, se enfrentaron a la enfermedad de más de cuarenta compañeros de la comunidad. Tenían fiebre muy alta, gripe y dolor muscular.

Toda la comunidad se reunió en la Casa Grande. Se prohibió la entrada a los niños -“para evitar visiones raras porque todas las plantas están en movimiento”- y las mujeres en periodo de menstruación. Como están otros espíritus presentes es importante “estar limpios de pensamiento, limpios espiritualmente, todos estar en paz, en tranquilidad, no puede haber malos pensamientos”. Así permanecieron por cuatro días y cuatro noches. Se cantó y se fumó tabaco, se esparció sahumerio de cacao con mucho ají y se empezó el trabajo con las plantas, las cuales ocuparon el espacio central. A los lados están dos botes grandes: uno con semillas de jagua con agua y otro con las mismas semillas sin agua. Todos están en silencio, se habla en voz baja, se trata de descansar después de los baños de vapor que realizan.

Estos baños de vapor se preparan con más de dieciséis plantas: hojas de limón, aguacate, laurel, varias amargas y “otras que no sé cómo se llaman en español”. Cuando el agua está hirviendo con todas las plantas se pone debajo del asiento de la persona, se tapa con dos o tres cobijas, para que respire el vapor. Ya que está bien “bañadita”, sale y se recupera (aunque advierte que no se puede bañar en las próximas horas). Esta combinación de consumo de plantas en bebida y por medio de vaporización, fue suficiente para eliminar cualquier rastro de enfermedad que se relacionara con los efectos de la COVID-19. Arquí no ha tenido contagios -según el Instituto Nacional de Salud-, ni muertes y, por el contrario, se convirtió en un referente para las demás comunidades indígenas del municipio, las comunidades afrodescendientes y los colonos.

Según Edgar, en el casco urbano del municipio se dieron cuenta que sí funciona el consumo de plantas -y el trabajo espiritual, algo que se les olvida a los colonos- y “ahora el hospital permanece solo, nadie va allá a hacer consulta. Ahora la gente le da miedo ir al hospital y que le digan que tiene COVID-19 porque lo mandan para Turbo o Montería”. Este nivel de organización también les permitió abrir la institución educativa desde mediados del 2020. La educación virtual no era opción y aprovecharon que varios profesores viven en la comunidad para darle continuidad a la educación presencial.

La conclusión más significativa para Edgar, a través de esta experiencia, es “la comunicación entre nosotros, estar siempre en comunidad. En la violencia nos dimos cuenta que estar en la comunidad es muy importante, si se presentaba algo, la comunidad

planteaba y sacaba la comisión para no salir perjudicado en la guerra de allá... Por eso decimos que hay que seguir con esa unidad en la comunidad”.

Conclusiones

Más que concluir es dejar abiertas ciertas intuiciones para tratar de comprender de una manera más amplia los efectos y afectaciones de la pandemia, especialmente en las comunidades indígenas. Las visiones asistencialistas y esencialistas poco aportan a la complejidad cultural que históricamente han desarrollado. La noción normativa de víctima sigue ocultando su capacidad de agenciamiento y los procesos de resistencia que emprenden como mecanismo para una mayor autonomía, una defensa del territorio, la pervivencia de sus prácticas culturales y la unidad.

La pertinencia de leer la pandemia en clave del conflicto armado, desde una mirada indígena, confirma que las enfermedades y virus están anclados a procesos específicos de conquista, colonización y dominación. Las epidemias que se desarrollaron desde el siglo XVI fueron tan letales que quedaron en las memorias vivas de estas comunidades y ahora aprovechan sus procesos organizativos para eliminar dependencias económicas y políticas. El uso estratégico de las plantas en Arquía ataca a los organismos biológicos y sociales y los pone en armonía y equilibrio con los territorios que habitan.

En este sentido, la Red Vital se vio fortalecida por los Gunadule. En un principio fue el caos y el temor a los presagios, pero los saberes acumulados pusieron en

juego las prácticas y concepciones de vida que le dieron movimiento a la quietud que se ordenaba desde las esferas gubernamentales. A pesar de que la Mala Muerte tocó las puertas para instalarse en sus territorios, la vida se impuso.

Notas

1. Sacerdote muisca que a través de rituales se comunicaba con seres míticos para restablecer el equilibrio del universo.
2. Resolución 385, “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 12 de marzo de 2020.
3. El proyecto de investigación está financiado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Antioquia y está registrado en el SIU con el Acta #2020-37010.
4. Este artículo utiliza parte de los testimonios recogidos en el trabajo de campo que realicé en compañía del profesor Hader Calderón Serna, a quien agradezco las largas horas que tuvimos de discusión. Sin embargo, soy el único responsable de lo expresado en este texto y no lo compromete en ningún sentido.
5. Este testimonio se recogió el 6 de marzo de 2021, en el municipio de San Francisco, en diálogo con miembros de la Asociación Campesina de Antioquia y maestras rurales de COREDI.

6. Diálogo con mujeres asociadas en la producción agrícola y avícola en el municipio de Turbo. 17 de marzo de 2021.

7. Estos procesos no son nuevos en la región. Para ver un análisis de la presencia de estos grupos en Urabá, consultar: Huertas Díaz, Omar, Cielo Linares, María, & Díaz Gamboa, Luis Bernardo. (2016). Caracterización del Clan del Golfo como actor del conflicto armado interno en Colombia desde el factor de intensidad. *Revista Jurídica Derecho*, 4(5), 37-52.

8. La Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas, reportó esta cifra para julio de 2020, teniendo en cuenta que el padrón todavía se está actualizando y que algunos pobladores salieron de la región y prefirieron no reclamar sus derechos por temor a represalias. Ver: [9. Como parte de la reparación simbólica, el 9 de marzo de 2020, en el marco de la conmemoración del día internacional de la Mujer, el Ministerio del Interior, articulado con el Ministerio de Cultura, realizó un homenaje a María Guasarupa Domicó, Gobernadora del resguardo de Cuti, porque lideró la resistencia de las cuatro mujeres que permanecieron en el territorio y enfrentó las violencias ejercidas por los paramilitares. Ver: \[10. Con paraestatal me refiero a la concesión -por acción u omisión- que hace el Estado a grupos armados ilegales para el ejercicio de funciones públicas, ya sea la seguridad de los ciudadanos, la provisión de justicia, entre otros.\]\(http://www.mininterior.gov.co/sala-de-prensa/noticias/reconocimiento-maria-guasarupa-pueblo-cuti. Consultado el 15 de mayo de 2021.</p>
</div>
<div data-bbox=\)](https://www.unidadvictimas.gov.co/es/nacion-territorio/victimas-en-unguia-choco-participaron-en-construccion-del-plan-de-accion#:~:text=Ungu%C3%ADa%20limita%20con%20el%20Golfo,de%20victimizaci%C3%B3n%20con%20mayor%20prevalencia. Consultado el 15 de mayo de 2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

11. Este apartado retoma las notas de campo de la visita que realicé al resguardo de Arquía el 13 y 14 de marzo y las distintas conversaciones que tuve con Edgar Ramírez, indígena gundalue rector de la institución educativa y líder comunitario. Le agradezco enormemente su voluntad y disposición para compartir su sabiduría y sensibilidad, además de su autorización para mencionarlo en nombre propio. Antes de la pandemia realicé trabajo de campo en el resguardo en cinco ocasiones durante más de cuatro años.

Bibliografía

Cook, N. D. (2005). *La conquista biológica: Las enfermedades en el Nuevo Mundo, 1492-1650*. Siglo XXI de España Editores.

Crosby, A. W. (1991). *El intercambio transoceánico: Consecuencias biológicas y culturales a partir de 1492*: Vol. Instituto de Investigaciones Históricas-UNAM.

Francis, J. M. (2002). *Población, enfermedad y cambio demográfico, 1537-1636. Demografía histórica de Tunja: Una mirada crítica. Fronteras de la Historia*, 7, 15-95.

Green Stocel, A. (2011). Significados de vida: Espejo de nuestra memoria en defensa de la madre Tierra

- (Anmal Gaya Burba: isbeyobi daglege nana nabgwana bendaggegala [Doctorado en Educación, Universidad de Antioquia]. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/6935>
- Huertas Díaz, Omar, Cielo Linares, María, & Díaz Gamboa, Luis Bernardo. (2016). Caracterización del Clan del Golfo como actor del conflicto armado interno en Colombia desde el factor de intensidad. *Revista Jurídica Derecho*, 4(5), 37-52. Recuperado el 30 de mayo de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-28102016000200004&lng=es&tlng=es
- López Austin, A. (1969). De las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ellas. *Estudios de cultura Náhuatl*, 8, 102.
- Lovell, G. W. (1990). *Conquista y cambio cultural. La Sierra de los Cuchumatanes de Guatemala, 1500-1821*: Vol. Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica.
- Losonczy, A.-M. (2015). *La trama interétnica: Ritual, sociedad y figuras de intercambio entre los grupos negros y Emberá del Chocó*. Institut français d'études andines.
- Martínez Mauri, M. (2010). *El tesoro de Kuna Yala. Turismo, inversiones extranjeras y neocolonialismo en Panamá*. *Cahiers des Amériques latines*, 2010/3(65), 73-88. <https://doi.org/10.4000/cal.619>
- Piazzini Suarez, C. E. (2020). Los mapas y calendarios de la pandemia. Geopolítica (s). *Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11(SE), 265-275.
- Santos, B. de S. (2021). *El futuro comienza ahora: De la pandemia a la utopía*. Ediciones AKAL.
- Santos, B. de S. (2021). *El futuro comienza ahora: De la pandemia a la utopía*. Ediciones AKAL.
- Tovar Pinzón, H. (1997). *La estación del miedo o la desolación dispersa. El caribe colombiano en el siglo XVI*. Bogotá: Planeta.
- Werner Cantor, E. (2000). *Ni aniquilados, ni vencidos: Los Emberá y la gente negra del Atrato bajo el dominio español*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia.



Historia confinada de la “gripe española” en Bogotá y Medellín (Colombia), 1918-1919

**RODRIGO DE J. GARCÍA
ESTRADA**

Doctor en Historia, Profesor titular del Departamento de Historia, U. de A. y coordinador del Grupo de Investigación en Historia cultural, memoria y patrimonio (Kultur).

**FRANKLY ALBERTO SUÁREZ
TANGARIFE**

Historiador integrante del Grupo de Investigación en Historia cultural, memoria y patrimonio (Kultur).

Este texto es a la vez síntoma y terapéutica. Síntoma, porque fue escrito en medio del confinamiento a que estamos sometidos los historiadores colombianos y de otros países del mundo a causa de la pandemia de COVID-19 que se inició en 2019 en Wuhan, China. Así que la consulta de fuentes tuvo límites y ventajas, ya que, de un lado, no fue posible consultar los archivos locales y nacionales a los que es grato consultar en papel, pero, del otro, fue posible acceder a una cantidad importante de materiales disponibles en línea, gracias a que muchas instituciones y colegas se han preocupado por hacer asequibles sus trabajos y fuentes en formatos virtuales, para facilitar el trabajo intelectual en medio del encierro. Ha transcurrido más de un año desde el inicio de esta pandemia y sólo en las últimas semanas, con muchas restricciones, empieza a abrirse a la consulta algunos de estos repositorios documentales en las principales ciudades colombianas.

Pero la escritura de un texto también es una jornada terapéutica, para el autor y para los lectores interesados en comprender mejor lo que está pasando, saber si es algo inédito o es una experiencia olvidada. Lo cierto es que el pánico provocado por el anuncio de la pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020, fue seguida de una sensación de impotencia e incertidumbre. Luego, la humanidad recurrió a su memoria histórica, y el sólo hecho de recordar lo sucedido en 1918, y saber que la humanidad ya había superado situaciones similares, hizo posible la esperanza. Epidemiólogos, comunidad médica y salubristas buscaron referentes históricos para determinar políticas públicas, posibles terapéuticas y medidas sanitarias que ayudarán

a reducir el impacto de la enfermedad. Investigadores sociales, comunicadores e historiadores volvieron a los pocos textos publicados sobre la influenza de 1918 y difundieron este saber para la salud mental del público y de los mismos académicos.

En este mismo sentido, el presente ensayo se propone: 1) exponer un balance historiográfico sobre las pandemias en la historia de la humanidad, en Latinoamérica y Colombia; 2) contextualizar y entender el impacto de la denominada “gripe española” de 1918 en el mundo y en Colombia; 3) mostrar, a partir de los discursos y de las huellas de la prensa colombiana y de algunos archivos susceptibles de ser consultados en línea, cómo afectó esta peste a la población bogotana y medellinense en esa crisis de salud pública, olvidada hasta hace unos pocos años y que hoy necesitamos recordar.

Aspectos historiográficos

En 1993 Beatriz Echeverri Dávila publicó el libro *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*, en el cual alude a las dimensiones de aquella pandemia de comienzos del siglo, aunque propone una cifra minimalista de 25 millones de muertos. Considera que fue una de las peores crisis para la humanidad, por tratarse de un virus con una alta tasa de mortalidad. Se interesa en el caso español, cuya mortalidad de más de un cuarto de millón de vidas, le resulta comparable con el total de las víctimas de la guerra civil. Echeverri se centra en el análisis de los asuntos epidemiológicos de la enfermedad, sus repercusiones

demográficas y sociales, así como en las dificultades para responder a los retos que implicó esta epidemia para la sociedad española (Echeverri Dávila, 1993).

El libro de María Isabel Porras Gallo, *La gripe española 1918-1919* aclara que no fue un virus originario de España y realiza una exposición médica sobre las características genómicas y epidemiológicas del virus, sus síntomas y analiza datos estadísticos del presente y de las mayores epidemias de gripe del siglo XX: 1918-1919 y 1957-1958. Este texto analiza los orígenes y condiciones de expansión y morbilidad de la gripe, estableciendo algunas comparaciones con la actual pandemia de COVID-19, señalando las similitudes en cuanto a condiciones de pobreza, higiene y la insuficiencia de recursos sanitarios en ambas pandemias. El libro presenta algunos capítulos que analizan la pandemia de comienzos del siglo XX a nivel global, y luego se centra en el caso de España (Porras, 2020).

Con un tono más divulgativo y literario está el libro de la médica Mónica Müller *Pandemia: virus y miedo*, que analiza la gripe española a partir de relatos literarios, informes de autopsias, textos médicos y notas de prensa, pero además se refiere a otras pandemias del pasado y de años recientes. Es interesante citar la reflexión de fondo: “La peste fascina. Es la crueldad de la naturaleza en acción y una de sus creaciones más logradas. Es la muerte imperceptible que se desliza de una persona a otra hasta diezmar siglos de civilización en pocas semanas” (Müller, 2020).

Otro texto de corte literario es el de Laura Spinney, *El jinete pálido: 1918: la epidemia que cambió el mundo*. Esta autora aclara que aquella epidemia se originó entre los soldados norteamericanos que lucharon en

Francia durante la Primera Guerra Mundial y trata de presentar una visión mundial del impacto de aquella enfermedad, cuyas víctimas superaron los 50 millones de muertos y trata de mostrar que fue uno de los acontecimientos que cambiaron la historia moderna. Considera que fue uno de los acontecimientos más dramáticos, igualando en importancia a las dos guerras mundiales o los procesos de descolonización. Por sus dimensiones y por su impacto puede ser parte de la explicación de muchos otros cambios globales en la economía, la sociedad y la política, en particular en la adopción de ciertas políticas higienistas y la obsesión por la salud y el deporte (Spinney, 2020).

Existen muchos otros textos de reciente publicación sobre la gripe española y otras pandemias en la historia de la humanidad, cuyo auge se entiende en el contexto de la pandemia que azota en la actualidad el planeta. Textos como el de Stephen Ryan (2021), *La gripe española 1918*; el de Elliot Frank (2021) *La pandemia de gripe española*; José Enrique Ruiz-Domec (2020) *El día después de las grandes pandemias. De la peste bubónica al coronavirus*; y el de John M. Barry (2020) *La gran gripe. La pandemia más mortal de la historia*. También existen numerosos artículos en revistas especializadas que intentan abarcar miradas globales sobre el tema. Es el caso de un artículo de Walter Ledermann D. (2003) "El hombre y sus epidemias a través de la historia" que reseña las principales epidemias de la antigüedad, la Edad Media y la modernidad, analizando sus consecuencias sociales, económicas, políticas y sanitarias. Por su parte, Patricia Galeana (2020) aporta su texto "Las epidemias a lo largo de la historia", ricamente ilustrado y bien documentado que analiza desde los registros arqueológi-

cos de 3.500 años a.C., hasta las pandemias recientes, incluida la actual.

En el ámbito hispanoamericano se encuentra el libro de José Luis Betrán Moya (2006), *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, un intento por historiar diferentes epidemias en el mundo, a partir de 1348, cuando la denominada Peste Negra azotó a Europa, pasando por las diferentes epidemias de cólera, viruela, gripe, fiebre amarilla, entre otras. Incluye el estudio de un grupo de enfermedades infectocontagiosas acaecidas desde 1700, entre ellas la tuberculosis, el paludismo, fiebre tifoidea, difteria, sífilis y gripe. En su segunda parte este libro estudia las mentalidades colectivas que se derivan de este encuentro con la muerte, su colectivización y aceptación, así como algunas estrategias de supervivencia física y mental.

México cuenta con una obra monumental a cargo del historiador Enrique Florescano y Elsa Malvido (1982) *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, con dos volúmenes y 873 páginas, en el cual recoge textos de historiadores especialistas en estos temas. Por su parte, Angélica Mandujano, Luis Camarillo y Mario Mandujano (2021) publicaron un artículo sobre las epidemias en el México prehispánico en el que se analiza la propagación de diversas enfermedades derivadas de hambrunas o de cambios climáticos, caso del "catarro pestilencial", algún tipo de influenza provocado por una oleada de frío y nevadas que azotó a México en 1450 y produjo mucha cantidad de muertes. Este interesante texto también analiza con cierto detalle las epidemias acaecidas con la llegada de los europeos, en particular durante el siglo XVI. Para el caso mexicano existen además los

artículos de América Molina del Villar (2021) “El norte de México entre pandemias. La influenza de 1918 y (2020) “Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos” Molina del Villar además publicó junto a Lourdes Márquez (2020) “El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México”, que se centra en el impacto demográfico de la enfermedad en la capital mexicana y la política sanitaria puesta en marcha para contrarrestar su virulencia. Mientras que Octavio Gómez-Dantés (2020) publicó “El ‘trancazo’, la pandemia de 1918 en México”.

También en Argentina se han realizado serios estudios históricos sobre la influenza de 1918, destacando los publicados por Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero, Néstor Javier Gómez y Víctor Eduardo Torres, (2010, 2013, 2016, 2020 y 2021) quienes analizan diferentes aspectos de esta epidemia, en particular las representaciones en la prensa, los escenarios comparativos entre aquella pandemia y la actual, y las implicaciones de la gripe española en Buenos Aires y en algunas regiones del norte del país. También en el caso argentino está el texto publicado en 1918, con motivo del bicentenario de aquella pandemia está el texto de Jaime Elías Bortz (2017) intitulado “1918: la gripe en Buenos Aires. La sociedad porteña en crisis”, que estudia el impacto de esta pandemia en la capital argentina con una visión integral del problema; y el de las médicas Isabel A. Lüthy, Viviana Ritacco, Isabel Kantor (2018) “A cien años de la gripe “española” que hace énfasis en la sintomatología y tratamiento aplicado a los pacientes.

En el caso de Colombia también se encuentran investigaciones académicas desde las ciencias sociales, la medicina y la historia, algunos de ellos surgidos en los últimos dos años, a raíz de la necesidad pensar y tratar de entender lo que está sucediendo a causa de la pandemia de COVID-19, que está sacudiendo a la sociedad, la cultura, la política y la academia. Así, en este momento los académicos toman conciencia sobre la necesidad de conocer experiencias olvidadas de pandemias anteriores y de la presente. Dos textos son ilustrativos de esta tendencia: el primero de ellos un libro colectivo publicado en Cali por la Universidad ICESI, a comienzos de la crisis sanitaria, intitulado *Ensayos sobre la pandemia* (Castro, 2020) integrado 34 capítulos, que abordan los más diversos aspectos de esta pandemia vistos desde todos los ángulos y disciplinas. El segundo, *Polifonía para pensar una pandemia* (Uribe, 2020) de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia, publicado a fines de 2020, en el que se recogen ensayos que exploran aristas antropológicas, políticas, sociales, sanitarias y de salud mental relacionadas con los problemas multidimensionales derivados de la pandemia.

Un capítulo del primer texto citado en el anterior párrafo, escrito por Katherine Bonil Gómez y Julián Velasco Pedraza (2020) es un intento de historia de las epidemias en Colombia con el propósito de aportar elementos de comprensión de la pandemia actual. Consideran los autores que el conocimiento de esta historia puede aportar una visión más crítica y equilibrada del presente. Resulta inevitable como primer referente la epidemia de influenza de 1918 “como un referente para entender el presente” y se enfoca en tres aspectos: globalización, políticas y salud públi-

cas. Se remonta a la primera epidemia de viruela en Hispanoamérica y a la aplicación de vacunas contra esta enfermedad, su llegada a Cartagena y Santa Fe (Bogotá); también se refiere a la epidemia de cólera del siglo XIX y en torno al papel de las tardías decisiones políticas en su propagación. Los autores dedican unos pocos párrafos al análisis de la influenza de 1918 y 1919 en Bogotá y Boyacá, recalcando la falta de una infraestructura de salud y la escasez de profesionales de medicina y del área sanitaria, el tránsito de un concepto de higiene al de salud pública y el papel de algunas fundaciones norteamericanas en el desarrollo de la medicina colombiana.

El historiador Jorge Márquez Valderrama publicó en 2001 un artículo en torno al miedo generado en la costa atlántica colombiana ante la epidemia de peste bubónica que surgió en China en 1891 y que llegó a América años después. Señala que las deficiencias del aparato científico-sanitario del Estado no le permitió responder adecuadamente a los rumores, ni adoptar una estrategia para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentaron “neumonía infecciosa” o “peste neumónica”, que resultó mortal en 1913 y 1914 en los departamentos de Magdalena y Atlántico.

En 2002 el historiador Álvaro Casas Orrego publicó el texto “Epidemias y salud pública en Cartagena en el siglo XIX”, en el cual a partir del contexto de modernización vivido por el puerto caribeño entre 1885 y 1930, el cuerpo médico y la municipalidad incorporan el concepto de higiene y plantean la importancia del agua potable y el aseo de las personas y familias para combatir las enfermedades y controlar la expansión de las epidemias, las cuales golpeaban con regularidad a los cartageneros. El mismo año se publicó el libro de Diana Obregón Torres (2002) *Batallas contra la lepra*, en el cual se estudian las relaciones que se dieron entre médicos, sociedad y Estado para controlar la expansión del llamado “mal de San Lázaro, una enfermedad en torno a la cual las representaciones colectivas estuvieron marcadas por la mirada bíblica y moralizante que relacionaba la enfermedad con el pecado y por la práctica del aislamiento como modelo de acción frente a las epidemias.

Las epidemias de Cartagena fueron estudiadas con mayor profundidad por parte de un grupo de jóvenes historiadores y dichos logros fueron publicados en 2016 en el libro *La ciudad en tiempos de epidemias. Cartagena durante el siglo XIX e inicios del XX* compilado por Alfonso Múnera Cavadía y Raúl Román Romero (2016). Este libro se compone de cuatro capítulos, el primero “Estragos de la viruela en Cartagena: limitaciones de los discursos médicos y de la política pública. 1822-1842”, a cargo de Andrea Miranda, Berena Pacheco y Wacely Matute; el segundo, de Orlando Deavila Pertuz y Lorena Guerrero Palencia “La ciudad en los tiempos del cólera: medicina, sociedad, raza y política en la Cartagena de mediados del siglo XIX”; el tercer tema tratado es la lucha antilarvaria y la higiene pública entre 1870 y 1894, escrito por Vicky De León Mendoza, Maico E. Pitalúa Fruto, Luisinho E. Salas Martínez; y el cuarto, de Elkin Javier Monroy “Intereses privados vs argumentos higiénico-sanitarios durante el derribo de murallas en Cartagena, 1911-1925”.

Sin duda, los investigadores que más atención le han dedicado al estudio de la influenza de 1918 en Colombia

han sido los integrantes de los grupos de investigación Historia de la Salud en Boyacá e Historia de la Salud Pública, de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Entre sus primeras publicaciones se encuentran las realizadas en 2007, 2009 y 2019 por Abel Fernando Martínez, Fred Gustavo Manrique, Bernardo Meléndez, Juan Manuel Ospina, Edwar Manrique, Omar Robayo y Óscar Herrán sobre las dimensiones adquiridas por aquella pandemia en Bogotá y Boyacá, donde se calcularon cifras de 1900 y 2019 muertos, respectivamente, afectando con mayor fuerza a pobres y desprotegidos. A partir de fuentes primarias, en especial la documentación producida por la Junta de Socorro, una entidad privada que estuvo a cargo de la atención a los enfermos, reconstruye el proceso de morbi-mortalidad, la situación sanitaria de la capital y el papel de las autoridades político-administrativas en la dinámica de la enfermedad.

Un mundo moderno en crisis: desarrollo y efectos de la “gripe española”

Puede decirse que, con variaciones regionales tanto en Europa como en América, África y Asia, las grandes epidemias históricas como la tuberculosis, la viruela y la peste bubónica continuaron activas hasta los albores del siglo XX, cuando en 1918 se presentó otra de mayor envergadura debido a su mortalidad, la pandemia de influenza, también conocida como “gripe española”, o “dama española”. Al respecto, anotó Leal (2020) que esta fue “causada por el H1N1, extraído del virus de la influenza, fue la primera pandemia global y la primera que ocupó los descubrimientos de la medicina moderna, con especialidades como la infectología [sic.] y la epidemiología, que estudiaban la naturaleza de las enfermedades y el curso de las pandemias”.

Esta influenza afectó seriamente la salud mundial al término de la Gran Guerra y se caracterizó por tres etapas, a saber: en la primavera de 1918, con características aún benignas; a finales del mes de agosto, ya incontrolable, cuando se manifestó como un brote tremendamente virulento; y el culmen de la enfermedad se materializó a comienzos de 1919 y duró hasta el año siguiente, al menos en Europa. Las causas de la muerte de los contagiados fueron por “neumonía bacteriana secundaria”, gracias a la falta de antibióticos; por hemorragias pulmonares y por edema pulmonar. En España se calculó en 182.865 los fallecidos (Ferri Riera y Moreno, 2018), aunque las estimaciones de Beatriz Echeverri elevan esta cifra a 270.000 las víctimas (Echeverri, 1993). A esta pandemia se le denominó con el apelativo de “española” porque España fue el primer país que hizo una cobertura noticiosa seria sobre la enfermedad y esto fue así por tratarse de país al margen de las confrontaciones bélicas, así que la prensa no estuvo censurada, como sucedió en los países de la Entente donde se negó la pandemia, para no debilitar la moral de las tropas y la población (Linayo, 2007, p. 2).

Según cifras oficiales, la influenza de 1918-1919 produjo alrededor de 50 millones de muertos en el mundo ente-

ro, aunque existen cifras mayores en otras fuentes. Lo cierto es que se trata de un número mucho mayor al reportado al final de la Primera Guerra Mundial, 18 millones de fallecidos. El origen de la enfermedad es disímil: se dice, primero, que se originó en una granja de Kansas (Estados Unidos) entre un grupo de excombatientes que contagiaron pronto a tropas de Cam Dix (en New Jersey), y cuya circulación inmediata afectó rápidamente a las gentes de las fábricas, de los colegios y centros educativos, así como a los convictos de los Estados de California, Virginia, Florida y Alabama. Ciertamente la crisis sanitaria en Norteamérica era caótica, ya que, como se anotó en la prensa colombiana, a finales de 1918, ya se reportaban 130.600 casos activos en Nueva York, la capital, de los cuales 10.974, eran proclives al fenecimiento, "130.600 casos de influenza en Nueva York", (El Nuevo Tiempo 1918, 17).

Segundo, se ha afirmado que la pandemia se generó en Asia, resultado de otras enfermedades no eliminadas del aire y padecidas en los años 1847 y 1889-1890 por sociedades campesinas dependientes del arroz y de la cría de porcinos, cuyo ambiente es apto para propiciar cualquier riesgo viral. Por último, se menciona a Europa como núcleo de nacimiento de la gripa, y, en particular, a la Base Militar Británica que se ubicó en el norte de Francia, donde, anotó Vidal (2020) "abundaban las aves migratorias", y que estaba "rodeada de propiedades agrícolas acondicionadas con numeroso ganado caballar y porcino para la alimentación y transporte de la tropa. El hacinamiento, la mala alimentación, el agotamiento de los soldados y las emanaciones de los gases tóxicos de la guerra química propiciaron un ambiente contaminado favorable para la multiplicación del virus".

Ciertamente, las poblaciones españolas sufrieron por los rigores del Flu, como también le llamaban a la patología. Resultó ser evidente este proceso en el municipio de Cheles, provincia de Badajoz. Allí, como en el resto del mundo infectado, pesó la falta de higiene y de recursos sanitarios (hospitales y médicos) que, contrastados con el aire pútrido de los estercoleros de animales y de la contaminación de las aguas estancadas, reprodujeron la gripe que atacó a la población joven, entre los 15 y los 45 años. Por otro lado, el hacinamiento y la mala alimentación también permitieron la propagación. Sin embargo, en Cheles, el gobierno local adelantó medidas profilácticas, a saber: la compra de desinfectantes, sueros y vacunas, el suministro de materiales médicos, la contratación de personal idóneo para las intervenciones, y la adecuación de sitios óptimos para controlar la epidemia (Mayorga, s.a.). Pese a esto, la población se afectó mayoritariamente en esa región, así como en el resto de España, siendo Madrid, con 80.000 convalecientes, un foco de gran implosión, que incluyó el contagio del mismo rey, según informó el diario El Sol (citado en Mayorga, s.a.). Como complemento del caos estuvo la inoperancia de la medicina europea y norteamericana, aún anclada en los procedimientos propios de la centuria decimonónica.

Al comienzo de la Primera Guerra Mundial, la ciencia médica aparentemente había hecho grandes avances en la lucha contra las enfermedades. Incluso durante la guerra, los médicos se enorgullecían del éxito en la reducción de los efectos de las enfermedades infecciosas. Pero luego del impacto producido por la influenza de 1918

la medicina volvió a reconocer su impotencia. Pudo ser más efectiva la transición de los siglos XIX-XX en varios países europeos y Norteamérica, al controlar enfermedades endémicas gracias a la mejoría de las casas de la población obrera y de la ubicación de las gentes en sitios de trabajo más higiénicos. Asimismo, la crisis hospitalaria-sanitaria de 1918 derivada de la gripe española –se agravó por las carencias alimentarias que facilitaron la propagación de la enfermedad y coincidiendo con esto: “los movimientos masivos de tropas originados por la Primera Guerra Mundial, lo que unido a los trastornos de la vida en las ciudades europeas [caso de las galas Burdeos y Brest] favoreció que microorganismos aéreos patógenos desarrollaran su virulencia sin que hubiese ningún tratamiento efectivo contra ellos” (Fernández y Veiga, 1995).

Con el regreso de las tropas procedentes de Europa y su propagación desde los Estados Unidos, el virus también comenzó a materializarse en el sur del continente americano. En Brasil, por ejemplo, los primeros casos, hacia 1918, se registraron en ciudades principales: como Porto Alegre y Río de Janeiro, en septiembre; y en octubre, en Sao Paulo (Abrão, 2009, p. 94). De otro lado, otra urbe donde se incubó la gripe española fue Belém-Pará, cerca de Curro, precisamente en el barrio de Telegraph, caracterizado por su urbanismo y su evidente pobreza (Abreu, 2018, p. 80).

Nefasta, asimismo, resultó ser la gripe española en el territorio venezolano, que llegó en un par de oleadas hacia finales del año 1918 introducidas por los enfermos procedentes de Francia (cuya peste se incubó en las trincheras de la Primera Gran Guerra del siglo XX), y que produjeron fenecimientos en la población laboral activa, entre los 18 y los 35 años. Esta situación

obligó el cierre de colegios y escuelas. En la última etapa del virus, acabado en 1920, su ruta común de movilización fue en el barco argentino “Pueyrredon” que encalló en Veracruz, México. El impacto radicalizó los controles sanitarios, se cancelaron el cine y los espectáculos públicos, y pese a que se adelantaron medidas óptimas –como la creación de una junta de socorro, la compra de medicinas y artículos de primera necesidad–, y de que se recibieron ayudas externas de la Cruz Roja, y de la colonia alemana, la francesa, la británica y la estadounidense, el caos cundió y se contabilizaron muchos enfermos y difuntos, por ejemplo, el coronel Alí Gómez, hijo del dictador del país, Juan Vicente Gómez (Linayo, 2007).

Expansión de la pandemia en Colombia

Colombia no fue la excepción y unos de los más afectados fue el departamento de Boyacá. Al respecto, Martínez et al. (2018) escribieron: “En la provincia de Tundama, los informes oficiales hasta el 27 de diciembre de 1918 reportaron el fallecimiento de 178 hombres y 214 mujeres. La mayoría de las muertes se observaron en la capital Duitama”. Igualmente se presentó otra gravedad, el no entierro de los muertos, porque nadie quería hacerse cargo de semejante labor en Soracá, Toca, Sotaquirá y Oicatá (Martínez et al, 2018). Aunque se reportaron casos en diferentes ciudades –Medellín, Manizales, Tunja, Barranquilla, Bucaramanga y Cartagena–, la epidemia comenzó primero en Bogotá y afectó “en mayor proporción y con más severidad a las zonas andinas de mayor

altitud" (Martínez et al, 2007). En suma, la zona más golpeada por el virus resultó ser la del Paseo Bolívar, en parte bastante urbanizada y con serios problemas de higiene.

Para noviembre de 1918, ya cundía la alarma entre los capitalinos: "Dada la naturaleza de la enfermedad, su pequeño periodo de incubación y la extraordinaria rapidez con que se propaga, no hay medidas que eviten la invasión de la gripa, y por eso es una epidemia verdaderamente universal" (El Nuevo Tiempo, 1918, 4). Pero ya antes de esa fecha, en el mes de octubre, la epidemia de gripa española había sido reportada en la prensa capitalina con gran alarma (Martínez et al, 2009, p. 186). Y, como era de esperarse, la preocupación se elevó debido a los numerosos muertos reportados por los encargados de la higiene en la ciudad de Bogotá, como consta en una serie de datos generales que suministraron los columnistas del periódico *El Nuevo Tiempo*.

Tabla 1.

Fallecidos en Bogotá, a causa de la influenza, 1918

1918	Personas fallecidas
Enero	338
Febrero	333
Marzo	324
Abril	385
Mayo	361
Junio	338
Julio	323
Agosto	343
Septiembre	312
Subtotal	3,057

Fuente: "Defunciones", *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 4

Las cifras aportadas por el *Nuevo Tiempo* para los primeros meses de 1918, fueron complementadas con las cifras de los días 20 a 31 de octubre, que sumaban 1,035 víctimas, es decir, que la virulencia de la enfermedad se aceleró durante un mes lluvioso como octubre, ya que en sólo once días se alcanzó cifras superiores a los cuatro meses previos ("Defunciones", 1918, 4). Llama la atención que hubo días con 108, 131, 148 y 161 muertos, comparables a las víctimas de COVID-19 para una ciudad populosa como Bogotá, Medellín o Cali en uno de sus peores días. Una fuente gráfica publicada por el periódico *El Espectador* de Bogotá, precisamente muestra cantidades de muertos por la influenza tirados en las calles de la capital de la república (Citado en Martínez et al, 2007).

Pese a que, desde finales del siglo XIX, tras instalarse en el poder el régimen regeneracionista, a través de la perspectiva política de cambio propuesta por Rafael Núñez a partir de 1880, ya se había organizado una junta de higiene nacional (Martínez et al, 2007, p. 294), los estragos de la gripa fueron de grandes proporciones en la capital de la república. En la ofensiva social e institucional contra la enfermedad tuvo un papel decisivo un ente privado, la Junta de Socorro que se dedicó a garantizar la alimentación de los bogotanos de menos recursos, mediante cocinas ubicadas en diversos barrios: Sucre, San Diego, Las Nieves, Santa Bárbara y Belén, De Las Aguas, Egipto, San Victorino, Del Carmen y De la Peña ("Las obras de la caridad bogotana", 1918, 4).

Según *El Nuevo Tiempo* del 1 de noviembre de 1918, el barrio San Victorino resultó ser un gran ejemplo de cooperación, pues allí se instaló el comedor en la Calle Número 11, en el que 300 personas diariamente

recibieron alimentos y remedios. Además, “Diez y seis señoras” –según corresponsales de este mismo periódico– recorrieron “las viviendas de los pobres constantemente, repartiendo abrigo y víveres, medicinas y consuelos”; y un par de médicos prestaron “sus servicios con gran celo” en esa localidad (El Nuevo Tiempo, 1918, 5).

No obstante estas iniciativas que pretendían moderar los estragos de la pandemia, la sociedad capitalina entró en un profundo caos social, sanitario y económico derivado de diversos factores adversos: de las alzas en el precio de la leche que los compradores no aceptaron; de las altas cantidades de enfermos “asilados” en los Hospitales de La Hortua y de San Pedro, incluyendo a convictos de “la Cárcel de Detenidos”, cuya emergencia obligó a que se habilitarían como lugares de prevención las salas de los corredores y a que se prohibiera el ingreso de más infectados; y de la anormalidad académica que tuvieron que sufrir los universitarios afectados con la gripa que se vieron “imposibilitados para estudiar”. De otro lado, El Colegio del Rosario decretó un memorando favorable para los bachilleres:

[...] que los estudiantes que no han tenido faltas de asistencia durante el año sean calificados con el número cuatro (4) que equivale a la nota de aprobada. Esos son los mismos estudiantes a quienes se les ha dado diploma de buen comportamiento. Se puede presumir, sin faltar a la justicia, que un joven que ha asistido puntualmente durante el año entero a las lecciones tiene los conocimientos suficientes para ser aprobado (“”, 1918, 5).

Paralelo a la movilización de la Junta de Socorro, actuó una comitiva de notables caballeros de la sociedad bogotana a favor de los contagiados con la influenza: los señores Pepe Obregón, Gabriel Camacho, Luis Eduardo Nieto Caballero (reconocido periodista diplomático y político al servicio del partido liberal) y Eduardo López Pumarejo quienes recorrieron en automóvil los principales almacenes de la capital solicitando, con muy buena acogida, limosnas para favorecer a los enfermos reclusos en los hospitales. Llegó a ser tan relevante la epidemia en Bogotá a finales de 1918 que incluso gentes de otras urbes como Barranquilla, en cabeza de distinguidas damas, en asocio con casas comerciales de esa ciudad, se sumaron a la campaña de ayudas para los infectados. Según un reporte de prensa, en el mes de octubre de 1918, diversas empresas y ciudadanos consignaron a la cuenta Banco de Colombia de la Junta de Socorros \$15.641 pesos, mientras que en noviembre esta suma ascendió a \$18.757 pesos. Es de resaltar los esfuerzos de la ciudadanía en general y de los empresarios por contribuir con sus recursos económicos a minimizar el impacto de la pandemia en la capital.

Tabla 2. *Algunas de las contribuciones recibidas entre octubre y noviembre de 1918 para la Junta de Socorro de Bogotá*

Nombre de empresas y personas donantes	Donaciones (en pesos) a la Junta de Socorros de Bogotá
Pedro N. López	989,93
United Fruit Company	250
Aljure & Cía. (Girardot)	200
Julio Fadul (Girardot)	100
Miguel Abadía Méndez	50
Josefina R. de Reyes	50
Miguel Elasmár (Girardot)	100
Bichara Hermanos (Girardot)	50
Fábrica de Cigarrillos “Hidalgos”	50
R. Holguín & Co.	25
Panadería de “La Unión”	15
Eduardo Mochelsen Mantilla	5
Liborio, Federico y Jorge Cuéllar	15
Empleados Joyería Valenzuela	5
Niñas Garcés Molina	5
Hans Cristián Anderson	10
R. Kohn	10
Antonio Jouve	20
Pedro Francesconi	5
Nicolás Williamson	4
NN	20
NN	10
NN	3
NN	1
NN	50 centavos

Fuente: “Relación de las consignaciones hechas [...]” El Nuevo Tiempo, noviembre 1 de 1918, 5.

En la anterior lista resalta el nombre del político Miguel Abadía Méndez, necesario para entender a la sociedad colombiana en el decenio de los años 1920. Vinculado con la facción conservadora, gobernó a Colombia de 1926 a 1930. Su figuración como donante permite sugerir que pese a desacuerdos ideológicos entre liberales y conservadores, la crisis originada por la influenza logró desacerbar los ánimos exaltados (Álvaro Tirado Mejía, 1989). Como se mencionó antes, reconocidos liberales como Luis Eduardo Nieto Caballero y la familia López Pumarejo también participó activamente en la búsqueda de ayudas para los infectados.

Del listado de donantes del cuadro No. 2 es interesante analizar que además de empresas grandes, medianas y pequeñas, a esta campaña se vincularon sencillos trabajadores que aportaron parte de sus salarios, extranjeros residentes en la capital (muchos de ellos sirio-libaneses), las niñas de una familia de clase media, y ciudadanos que prefirieron pasar anónimos o que prefirieron registrar su aporte con un nombre ficticio, como el del escritor Hans Cristián Anderson, fallecido en 1875.

Debe resaltarse que un pobre lustrabotas “uno de esos pobres chinos que ponen una nota alegre y cómica a esta señorial ciudad del Águila [sic.] negra y de las granadas de oro”, donó sus únicos tres centavos (El Nuevo Tiempo, 1918, 5).

Al igual que ocurre en la actualidad, la indefensión de los consumidores fue aprovechada por algunos emprendedores para ofrecer por me-

dio de la prensa supuestos remedios milagrosos. A los infectados se les ofreció un remedio “eficaz”, tanto extraño y jocoso como exótico: petróleo untado en la garganta durante tres veces al día, a la que posteriormente se debía cubrir con paños de seda (El Nuevo Tiempo., 1918, 11).

Similar rareza se manifestó en un remedio que, según la prensa local de Medellín –ciudad a la que aludiremos en breve– se llamaba “Curagripa”, fabricada con “confites eucaliptus y maltina”, a tan solo veinte centavos, vendida en muchas droguerías, y que prevenía y curaba la peste, ya que cualquier otra sustancia le haría daño (El Colombiano citado en Ortiz, 2020). Este tipo de iniciativas dio lugar a la concesión de patentes en 1920 para unas “Píldoras antitísicas, pectorales, destinadas a fortalecer los pulmones”, y en 1922 otra para una “Solución creosotada para la influenza y la tos”, y este tipo de iniciativas se mantuvo por varios años, ya que en 1924 se aprobó otra patente para unas “gotas antigripales” (Ramírez, 2021).

El gobierno local –integrado administrativamente por el Concejo y la Alcaldía, cuya cabeza más visible era Pomponio Guzmán– prometió participar con un considerable apoyo, “\$ 6.000 de la renta de cementerios” para luchar contra la peste (El Nuevo Tiempo, 1918, 1). Como complemento de las ayudas monetarias en la capital de la república de Colombia, se recibieron además víveres, artículos y alimentos: frascos y envases de lata, papas, panela, bolsas de té, colchones y almohadas, botellas de alcohol impotable (indispensable para la desinfección de aquellos que se dedicaban a oficios en los que había que tener contacto físico, como la barbería, por ejemplo), vasos de noche, carretadas de leña, cajas de esperma,

arrobos de café y botijas de leche (El Nuevo Tiempo, 1918, 5). Con incertidumbre por un posible brote fuera de Bogotá, ya perentorio para ese año, el presidente de la Junta de Higiene escribió una serie de instrucciones con “medidas de profilaxis individual para defender a los Municipios”. Se destinó del Tesoro Nacional \$3.000 pesos para ayudar al Gobierno de Cundinamarca, se creó el servicio de desinfección de los correos, así como del Anfiteatro Municipal y de los carros de los ferrocarriles. Además, se dirigieron telegramas a los gobernadores de otros departamentos y a los directores de higiene con instrucciones y datos de la marcha de la epidemia (El Nuevo Tiempo, 1918, 4).

La rápida propagación del contagio inspiró a los colaboradores de la prensa a revisar la historia de Bogotá y se publicaron reportajes sobre las diversas epidemias vividas desde la época colonial por la capital. En el artículo “El Concejo y la epidemia de gripa”, suscrito por los concejales Luis Augusto Cuervo e Inocencio Madero, se despierta la memoria colectiva recordando que: “La ciudad de Bogotá ha sido atacada por esta clase de epidemias casi desde los orígenes de su historia”. Se reseña la epidemia de viruela de finales del siglo XVI, cuando la gobernó Andrés Díaz Venero; el tabardillo o fiebre tifoidea, en 1633, que asoló y dejó despoblada a la zona; y una especie de peste aparecida durante el virreinato de José Solís Folch de Cardona que se infiere llegó directamente de Japón (El Nuevo Tiempo, 1918, 1). Muy interesante la forma como se alude a las pestes del siglo XIX: “En los años de la República también ha sufrido Bogotá algunas epidemias. Triste recuerdo ha dejado en nuestros anales las de 1840 y 1879, y muy dolorosa memoria dejará en nosotros la que actualmente nos

aflige.” (El Nuevo Tiempo, 1918,, 1). La memoria histórica como recurso de aceptación de los males presentes, y basamento del futuro.

Las citadas instrucciones del presidente de la Junta de Higiene sugieren mecanismos de prevención, pero, al mismo tiempo envían a la sociedad colombiana un mensaje de esperanza comentado en este párrafo: “Hoy lo importante es continuar con la lucha emprendida y seguir allegando fondos para dar pan y abrigo a los pobres y preparar así recursos para las varias semanas que, desgraciadamente, durará todavía la epidemia” (El Nuevo Tiempo, 1918, 4). No estaba equivocado el funcionario con su misiva ya que la gripa cesó en 1919.

Las medidas sanitarias de Medellín, 1918

En contexto, debieron estar tanto atentos como aterrados con la gripa española los bogotanos y los medellinenses, cuyas urbes lentamente se sumaban a un acelerado proceso de modernización urbanística, teniendo presente cómo en otras latitudes ya la epidemia estaba haciendo estragos. La prensa medellinense, en consonancia, escribió: “España ha sido atacada por la epidemia y el 30 por ciento de los habitantes de Barcelona están contagiados. Los cuarteles y hospitales están, literalmente, llenos de enfermos” (*El Colombiano* citado en Ortiz, 2020, sp.). Los ecos nefastos de la enfermedad en Bogotá paulatinamente

arribaron a la capital de Antioquia, a finales de octubre del año 1918, situación adversa que tuvieron que poner en consideración –a fin de evitar posibles brotes de la epidemia mortal– los concejales de Medellín y los representantes de la Comisión Sanitaria del Distrito y de la Jefatura de Accidentes, quienes en “Sesión Secreta” trataron sobre la peste que ya estaba afectando a “la mayor parte de los habitantes” los capitalinos y que ya parecía estar “generalizándose en el país” (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 72r).

Era de vital prioridad, más cuando ya Bogotá estaba en pánico sanitario, según informó mediante telegrama el Ministerio de Gobierno, y se estaban adelantando campañas solidarias y de profilaxis. Anotaron los concejales medellinenses, “tomar medidas preventivas para evitar el contagio” de la susodicha enfermedad “en las clases menesterosas”. Sin embargo, deberían de estar atentos a la entrada de la pandemia por los puertos, así como la movilización de personal de ellos hasta Medellín debido a que, en Puerto Berrío, infirió el secretario de Gobierno de Antioquia, para fines de octubre de 1918, ya se habían reportado “30 casos de gripa” (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 72r). En síntesis, este dato indica que, en Antioquia guardadas las proporciones de infectados reportados en la capital para el mes citado, apareció en la misma época la famosa gripa española.

Era imposible, entonces, que los concejales no avisaran una posible crisis sanitaria, debido a que desde Puerto Berrío –donde se ordenó establecer una cuarentena– se movilizaban, vía ferrocarril, muchos insumos y materias primas hacia Medellín (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 73v). Sobre todo, cuando en la ciudad de principios del siglo XX, caso del sec-

tor de Guayaquil, se estaban movilizando muchedumbres marginales llegados de diversas regiones de Antioquia (Betancur, 2006). Porque existieron muchos necesitados y menesterosos en Medellín en la época de la gripa española el Concejo municipal ordenó organizar en la Casa de los Pobres –a los que se propuso destinar víveres para su subsistencia– y en la Casa de los Mendigos (Archivo Histórico de Medellín, 1918, sf.).

El desaseo en la indumentaria, propia de los menesterosos, era causante de la transmisión de muchas enfermedades, según las Hermanas de la Caridad (Ortiz, 2020). A estas monjitas el Concejo les encargó el cuidado de los hospitalizados (Uribe et al, 2019, sp.). Asimismo, como en la capital de la república, los representantes del gobierno local proyectaron medidas de prevención contra la amenazante gripa española que ya estaba presente en el puerto antioqueño sobre el río Magdalena. Por eso, presupuestaron arrendar casas para convertirlas en improvisados hospitales con los posibles indigentes que se infectaran. Estas estarían atendidas además por “empleados y mobiliarios” (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 72v). Así, a través de la Dirección de Instrucción Pública, se cedió el edificio de la Escuela Modelo, entre la carrera Bolívar y la calle La Paz, donde de inmediato se abrió el “Hospital de Gripa” con 130 camas para atender a los infectados, dirigido por el bacteriólogo Gabriel Toro Villa. Con el desarrollo nefasto de los acontecimientos, a comienzos de noviembre de 1918, este centro quedó corto para la atención, situación que obligó a las autoridades civiles a disponer de otros dos más: en la Plaza Flórez y en la calle de Pichincha; allí, cayeron contagiados hasta los mismos médicos y enfermeras (Uribe et al, 2019).

Algunos concejales, sin embargo, en la aludida Sesión Secreta –se infiere que realizada de este modo para no generar pánico la ciudad, tomando en cuenta la crisis de salud en Bogotá, Cundinamarca y Boyacá–, confirmaron una serie de casos epidémicos, aunque no se determinó el lugar exacto de la residencia de los infectados. Otra medida de prevención lanzada por el gobierno local fue: “Autorizar al Señor Personero para que abra cuenta por drogas, para este efecto, en alguna de las droguerías de la ciudad” (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 72v). Pero en la prensa local asimismo se habló de campañas de entrega de medicinas para los enfermos, por parte de la boticaria del doctor Cuervo Márquez (Ortiz, 2020). Otras farmacéuticas que prestaron su servicio durante la alarma sanitaria fueron: la de Peña, la Moderna, Fernández Quevedo, Junín, San José y la de Escobar (Uribe et al, 2019).

La mencionada sesión secreta del Concejo se terminó luego de nombrarse una “comisión sanitaria” que se encargaría de adelantar medidas de protección contra la amenazante gripa, cuyos objetivos serían:

Dividir la ciudad, para efectos de su vigilancia y defensa, en seis zonas que demarcará el Señor Ingeniero Municipal, y nombrar para actuar en cada una de ellas y al servicio de las clases desoladas, el siguiente personal: Un Médico Jefe, dos Practicantes y cuatro agentes de Policía Sanitaria. Parágrafo 1°. Cada Médico Jefe pasará una información diaria y escrita a la Instrucción de Policía Sanitaria, sobre todo lo que al respecto ocurra en la zona de su dependencia. Parágrafo 2°. Cada zona tendrá un Hospital Casa de aislamiento, para el servicio de las clases menesterosas. El Señor Personero proveerá al despacho oportuno de las

fórmulas expedidas por los Médicos y Practicantes de las zonas.

Estimular a la Gobernación a modificar su Decreto en el sentido de hacer informe por cinco días, la detención y aislamiento de todos los viajeros. En cuanto a los habitantes de Puerto Berrío, considerados sospechosos, no podrán viajar hacia Medellín sino mediante una Patente de Sanidad expedida por los Médicos Sanitarios (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 73r-73v).

Uribe et al, (2019), especificaron 4 de esas 6 zonas: El Poblado, La América, Belén y San Cristóbal. Los funcionarios públicos creían a pie juntillas que únicamente iban a caer enfermos los pobres y los mendigos o “menesterosos”, y no tuvieron en cuenta a otra población en riesgo: los obreros de las trilladoras, las litografías y tipografías, los tejares, las tenerías, las talabarterías, las refundiciones de hierro y cobre, los depósitos de materiales de construcción, las fábricas de velas y jabón, las fábricas de chocolates, las fábricas de calzado, las fábricas de cigarrillos, las fábricas de tejidos, y las fábricas de cerveza (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 583r-586r).

Pese a las medidas tomadas, como ocurrió en otros países y en el centro del país –en Cundinamarca, Bogotá y Boyacá– la llegada de la gripa a Medellín fue un hecho. Los primeros infectados reportados por el gobierno local fueron los obreros, en especial los relacionados con las obras públicas, como los de la Empresa de Acueducto, a quienes el Concejo Municipal decretó entregarles su respectivo jornal –tanto a los que estuvieran enfermos como a aquellos que ya se habían aliviado (Archivo Histórico de Medellín, 1918, 566r). El

que hubieran recuperados sugiere dos cosas: 1ª. Que las campañas profilácticas citadas estaban siendo efectivas; 2ª. Que la enfermedad pronto generó anticuerpos y se curaban rápidamente. Respecto a los pagos, mediante decreto, el Concejo, en las postrimerías del citado año, ordenó su entrega a los trabajadores de manera normal, incluso, mientras estuvieran contagiados (Ortiz, 2020).

Tras el transcurrir de la vida cotidiana, ya con una ciudad en alarma por la gripa malsana, la sociedad tuvo que enfrentar diversos contratiempos, de carácter económico, como las alzas en el precio de la leche que precipitó el castigo de las autoridades a los especuladores, situación también acaecida en Bogotá, como observamos en líneas precedentes. Por otro lado, se adoptaron nuevos comportamientos sociales, como este que reportó en noviembre 7 de 1918 El Colombiano: “La persona que esté con catarro o con gripe no debe saludar de mano. Hacerlo es contra la educación y la higiene pública. Tampoco debe acercarse a su interlocutor porque el aire que sale de sus pulmones está infectado y éste es peligroso hasta a un metro de distancia” (citado en Ortiz, 2020, sp.). Como colofón, debe indicarse que la gripa española en Antioquia duró dos meses; registró la suma de 18.088 contagiados, pero solamente 56 muertos; y sus complicaciones más frecuentes resultaron ser la otitis, la bronconeumonía, la enteritis y la hemorragia.

Conclusiones

Una mirada al pasado con ojos cautos nos permite entender que las epidemias han estado presentes en la historia de la humanidad y que, los retos que traen

consigo obligan a los estados, instituciones, comunidades y al cuerpo médico, a adoptar políticas y medidas que repercuten en el desarrollo de la medicina, la farmacéutica, la epidemiología y otros saberes. La relación de los seres humanos con los animales, necesaria para la vida humana por los incontables recursos que estos proveen, así como el desarrollo de los medios de transporte y la consolidación de la economía-mundo han favorecido la irrupción de las epidemias. Pero la experiencia histórica permite observar que la pobreza, la falta de higiene pública y personal, y la falta de servicios públicos aceleran la morbi-mortalidad de las enfermedades infecciosas.

Con la llegada de la gripa española al mundo entero a comienzos del siglo XX, se prendieron las alarmas de prevención entre los diferentes Estados. Había que proteger a la sociedad en proceso de modernización de aquel virus letal –que incluso resultó ser más dañino en cuanto a fenecimientos se refiere, que la misma Gran Guerra, 1914-1919–. Más allá de determinar dónde se incubó este mal que mató a millones de personas, debemos preguntarnos cómo recorrió diversas latitudes del orbe en tan poco tiempo y estudiar cómo los gobiernos y las sociedades adelantaron medidas profilácticas y terapéuticas para prevenir y curar el virus.

La información de las fuentes primarias arrojó tendencias y experiencias similares para los casos de Bogotá y Medellín: 1°. Que las noticias sobre la gripa de 1918-1919 produjeron pánico y sensación de impotencia entre las autoridades, funcionarios de la higiene y sociedad en general; 2°. Que los gobiernos locales tuvieron que prever la atención de los contagiados en hospitales y en otros lugares improvisados, pero aptos para enfrentar el virus; 3°. Que, como sucede ahora

con la crisis generada por el COVID-19, los negociantes aprovecharon la coyuntura sanitaria para elevar los precios de algunos productos básicos de la canasta familiar y produjeron sustancias que comercializaron por sus supuestas propiedades milagrosas; 4°. Se propuso el cambio en el comportamiento en sociedad, como no saludar de mano, incentivar el uso de desinfectantes (el alcohol), mantener el distanciamiento social, y evitar el contacto entre personas; 4°. Que el conjunto de la sociedad capitalina y medellinense, en un acto filantrópico y caritativo, contribuyó con dinero y comida para que los pacientes pudieran sobrellevar la crisis sanitaria.

Fuentes y bibliografía

Fuentes de archivo

Archivo Histórico de Medellín, Fondo Concejo de Medellín, octubre 30 de 1918, tomo 326, folio 72r., 73v

Archivo Histórico de Medellín, Fondo Concejo de Medellín, octubre 7 de 1918, tomo 326, sf.

Archivo Histórico de Medellín, Fondo Concejo de Medellín, noviembre 29 de 1918, tomo 325, folios 583r-586r.

Archivo Histórico de Medellín, Fondo Concejo de Medellín, diciembre 19 de 1918, tomo 325, folio 566r.

Prensa

“El señor presidente de la Junta de Higiene”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 4.

“Defunciones”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 4.

“Las obras de la caridad bogotana”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 4.

“El señor presidente de la Junta de Higiene”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 4.

“Comité de San Victorino”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 5.

“Relación de las consignaciones hechas en el Banco de Colombia en la cuenta de la Junta de Socorros el día 30 de octubre”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 5.

“Rasgo conmovedor”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 5.

“El Colegio del Rosario y la actual epidemia”, *El Nuevo Tiempo*, noviembre 1 de 1918, 5.

Ramos, J. “Para la gripa”, *El Nuevo Tiempo*, 2 de noviembre de 1918, 11

Luis Augusto Cuervo e Inocencio Madero, “El Concejo y la epidemia de gripa”, *El Nuevo Tiempo*, 2 de noviembre de 1918, 1

“130.600 casos de influenza en New York”, *El Nuevo Tiempo*, 3 de diciembre 1918, 1

Bibliografía

Abrão, J. (2009). "A história de uma epidemia: a "hespanhola" em Porto Alegre, 1918". *Bol. Saúde*, 1 (23), 93-99.

Abreu Junior, J. (2018). *O vírus e a cidade. Rastros da gripe espanhola no cotidiano da cidade de Belém (1918)*. [Tesis de posgrado]. Universidade Federal do Pará. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História Social da Amazonia.

Barry, John M. (2020) *La gran gripe. La pandemia más mortal de la historia* (s.l.): Capitán Swing.

Bello R., Luis Alejandro; Mariana Pineda Aristizábal y José Ángel Hernández G., (2020) "Algunos hechos relevantes de las pandemias" <https://www.usergioarboleda.edu.co/wp-content/uploads/2020/05/Algunos-hechos-relevantes-de-las-pandemias-Departamento-de-Historia-Escuela-de-Economía-Universidad-Sergio-Arboleda.pdf>.

Betancur Gómez, J. (2006). *Moscas de todos los colores: Barrio Guayaquil de Medellín, 1894-1934*, Medellín: Universidad de Antioquia.

Beltrán Moya, José Luis. (2006) *Historia de las epidemias en España y sus colonias 1348-1919*, España: La esfera de los libros.

Bonil Gómez, Katherine; Julián Velasco Pedraza (2020) "Epidemias en la historia de Colombia: reflexiones para el presente", Ximena Castro Sardi, Diego Cagüañas Rozo y otros (Comp.) *Ensayos sobre la pandemia*, Cali: Universidad ICESI, 25-35

Bortz, Jaime Elías (2017) "1918: Gripe en Buenos Aires. La sociedad porteña en crisis", Americanía. *Revista de Estudios Latinoamericanos*. Nueva Época (Sevilla), 6, 230-261.

Cabonetti, Adrián y María Dolores Rivero (2020) "La enfermedad en imágenes: representaciones de la gripe española en la prensa argentina (1918)" *Población y salud en Mesoamérica* 2 (17).

Cabonetti, Adrián (2021) "Gripe española y coronavirus en Argentina: leer el pasado y entender el presente" *História, Ciências, Saúde*, 1, (28), 307-311.

Cabonetti, Adrián (2010) "Historia de una epidemia olvidada La pandemia de gripe española en la argentina, 1918-1919" *Desacatos* 32, 159-174.

Cabonetti, Adrián; Nestor Javier Gómez y Víctor Eduardo Torres, (2013) "La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina. A principios del siglo XX" *Historiela* 10 (5), 269-300.

Casas Orrego, Álvaro (2002). "Epidemias y salud pública en Cartagena en el siglo XIX". En: Meisel Roca, Adolfo y Calvo, Haroldo (Editores), *Cartagena de Indias en el siglo XIX*, Cartagena: Universidad Jorge Tadeo Lozano-Banco de la República.

Castañeda Gullot, Carlos y Gerardo Ramos Serpa (2020) "Principales pandemias en la historia de la humanidad", *Revista cubana de pediatría* 92, (Suplemento especial).

Castro Sardi, Ximena; Diego Cagüañas Rozo y otros (Comp.) [2020] *Ensayos sobre la pandemia*, Cali: Universidad ICESI.

Echeverri Dávila, Beatriz (1993) *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Elliot, Frank (2021) *La pandemia de gripe española: la pandemia más mortal de la historia y cómo cambió el mundo*, (s.l.): Marilyn Johany Solorzano de Luongo.

Eslava-Castañeda, Juan Carlos (2020) "Lecciones del pasado. ¿Podemos aprender algo de las epidemias anteriores?" *Salud UIS* 52 (4).

Fernández Fernández, C. y Veiga Ferreira, X. (1995). La "gripe" de 1918-19 en Betanzos. Dialnet-LaGripeDe191819En-Betanzos-2508575.pdf.dialnet.unirioja.es.

Ferri Riera, A. y Moreno Coll, A. (2018). El beso de la "cucaracha": pandemia de 1918 en Sueca. Pastor M. (Ed.), *Estudis sobre la historia, la geografia i el patrimoni cultural de la Ribera del Xúquer* (467-487). Institució Alfons el Magnànim-Centre Valencià d` Estudis i d` Investigació.

Florescano, Enrique (1982) *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Galeana, Patricia (2020) "Las epidemias a lo largo de la historia" *Antropología Americana* 10 (5), 13-45.

Gómez-Dantés, Octavio (2020) "El ´trancazo´, la pandemia de 1918 en México" *Salud pública de México* 5 (62), 593-597

González Rodríguez, A. (2020). La pandemia de la gripe española en Medellín en 1919. *Agenda Cultural Alma Mater*. <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia>.

González Toapanta, Hugo Germán (2021) "Pandemias en la historia: la peste negra y la gripe española, COVID-19 y crisis capitalista" *Preprints Scielo* 1938.

Leal Becker, Rodrigo (2020) "Breve historia de las pandemias, *Psiquiatría*, 24. Psiquiatría.com.

Ledermann D., Walter (2003) "El hombre y sus epidemias a través de la historia", *Revista chilena de Infectología*, 13-17

Linayo, A. (2007) "La gran pandemia de 1918 y sus secuelas en Venezuela", https://www.academia.edu/42553417/LA_GRAN_PANDEMIA_DE_1918_Y_SUS_SECUELAS_EN_VENEZUELA.

Lüthy, Isabel A.; Viviana Ritacco, Isabel Kantor (2018) A cien años de la gripe "española" *Medicina* 2, 78, 113-118.

Mandujano Sánchez, Angélica; Luis Camarillo Solache y Mario A, Mandujano (2003) "Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales", *Casa del Tiempo*. <http://www.uam.mx/difusion/revista/abr2003/mandujano.pdf>, fecha consulta: 23 mayo 2021

Manrique Abril, Fred Gustavo; Abel F. Martínez, Bernardo F. Meléndez, Juan M. Ospina (2009) "La pandemia de gripe de 1918-1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después" *Revista Infectio* 3 (13), 182-191.

Márquez Morfin, Lourdes y América Molina del Villar (2010) "El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México" *Desacatos* 32, 121-144.

Márquez Valderrama, Jorge (2005). *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia, Medellín*: Universidad de Antioquia.

Márquez Valderrama, J. (2001) "¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia" *História, Ciências, Saúde* 1 (8), 133-171.

Martínez Martín, Abel Fernando; Bernardo Francisco Meléndez Álvarez, Edwar Javier Manrique Corredor y Omar

Fernando Robayo Avendaño (2019) "Análisis histórico epidemiológico de la pandemia de gripa de 1918-1919 en Boyacá, un siglo después" *Revista Ciencia Salud*, 2 (17), 334-351.

Martínez Martín, Abel Fernando; Fred Gustavo Manrique Abril y Bernardo Francisco Meléndez Álvarez, (2007) "La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá" *Dynamis* 27, 287-307;

Mayorga Huertas, F. (Sin año). La pandemia de la gripe en Cheles (Badajoz) en 1918. https://www.academia.edu/42678069/LA_PANDEMIA_DE_GRIPE_EN_CHELES.

Molina del Villar, América (2021) "El norte de México entre pandemias. La influenza de 1918" *Desacatos* 65, 14-33.

Molina del Villar, América (2010) "Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos" *Historia, Ciencias, Saude* 2 (27), 391-409

Moreno-Sánchez, Francisco; María Fernanda Coss Roviroso, María Teresa Alonso de León y Álvaro Elizondo Ochoa (2018) "Las grandes epidemias que cambiaron el mundo" *Anales médicos* 1 (63), 151-156.

Müller, Mónica (2020) *Pandemia: virus y miedo*, Buenos Aires: Paidós.

Múnera Cavadía, Alfonso y Raúl Román Romero (Comp.) [2016] *La ciudad en tiempos de epidemias. Cartagena durante el siglo XIX e inicios del siglo XX*, Cartagena de Indias: Editorial Universitaria.

Obregón Torres, Diana (2002) *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Medellín: Banco de la República y Fondo Editorial Eafit.

Ospina, Juan Manuel; Abel Fernando Martínez Martín y Óscar Fernando Herrán Falla (2009) "Impacto de la pandemia de gripa de 1918-1919 sobre el perfil de mortalidad general en Boyacá, Colombia" *Historia, Ciencias, Saude* 1 (16), 53-81.

Porras Gallo, María Isabel (2020) *La gripe española 1918-1919*, Madrid: Los libros de la catarata.

Ramírez Patiño, Sandra Patricia (2021), "*La invención patentada en Colombia entre 1900 y 1924*" (Tesis Doctorado en Humanidades), Medellín: Universidad Eafit.

Rivero, María Dolores y Adrián Carbonetti (2016) "La "gripe española" en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina". *Revista Ciencias de la Salud* 14 (2), 283-95.

Ruiz-Domenec, José Enrique (2020) *El día después de las grandes pandemias. De la peste bubónica al coronavirus*, (s.l.) Taurus.

Ryan, Stephen (2021) *La gripe española 1918: la gran influenza del siglo pasado*, (s.l.) Saturnino Lecca.

Sin autor. (2020) "La pandemia de gripe en Cheles (Badajoz) en 1918", Relatos Cheleros. <https://relatoscheleros.blogspot.com/2020/04/la-pandemia-de-gripeen-cheles-badajoz.html?m=1>.

Spinney, Laura (2020) *El jinete pálido: 1918: la epidemia que cambió el mundo*, Barcelona: Crítica.

Tirado Mejía, Á. (1989). "El Estado y la política en el siglo XIX", *Nueva Historia de Colombia*, Bogotá: Planeta, 155-184.

Uribe Tirado, Alejandro; Alexander Yarce de los Ríos, Alicia Elena de la Torre Urrea y otros (2020) *Polifonía para pensar una pandemia*, Medellín: Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Uribe, Carlos Santiago; Adolfo León González y Paulina González (2019). La encefalitis letárgica de von Economo y la pandemia de la gripe española en Bogotá y Medellín: reseña histórica cien años después. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4677/4286>.

Uribe-Corrales, Natalia (2015) "Algunas pandemias en la humanidad. Una mirada a sus determinantes" *Revista CES Salud Pública* 1, (6), 89-93.

Whittaker, C.R. (1991). "El pobre", Giardina, A. (Ed.), *El hombre romano*, Madrid: Alianza Editorial, 319-351.



“A morte e o desespero”: infância, seca e ciência médica no Sertão Nordestino (Brasil, anos 1950)

ASSIS DANIEL GOMES

Filósofo e Historiador, realizando pós-doutorado na Universidade de Évora (Portugal) - Instituto de História Contemporânea, atuando na área de História e Filosofia da Ciência - com uma instancia de investigation na Universidade de Salamanca (Espanha), Instituto de Iberoamérica, atuando na área de história social da pobreza e história econômica.

Doutor em História Social pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e, atualmente, professor do curso de História da Universidade Estadual do Ceará (UECE-FECLESC).

Editor Chefe do Boletim Zumé (Boletim Eletrônico do Núcleo de Pesquisa e Extensão em História, Filosofia e Patrimônio)

Coordenador do Núcleo de Pesquisa e Extensão em História, Filosofia e Patrimônio.

Brasileiro

Introdução

Segundo Schwarcz, a “pandemia da COVID-19 marca o final do século XX” (2020, p.6). Essa constatação tem como base o fim da projeção e da crença de que o avanço tecnológico conseguido durante o século XX nos daria as condições de superar de forma rápida e eficaz qualquer dilema que no passado não resolvemos, por exemplo, as pandemias. Outro elemento destacado pela referida autora era que esses avanços tecnológicos nos fizeram crer que os elementos que antes nos amarravam (território, corpo, tempo) e não permitiam o desenvolvimento de uma política mundial em prol da saúde, por exemplo, tinha sido quebrado com o chamado processo de globalização. Entretanto, com a pandemia do coronavírus verificamos como esses delimitadores ainda estão presentes e se fortaleceram.

Partimos dessas considerações da referida antropóloga para pensarmos neste ensaio o seguinte: Como essa crença presente no século XX fora exposta nos discursos da imprensa brasileira sobre as relações entre a fome e a saúde nos anos de seca? Para isso, verificamos como tal dispositivo exerceu uma autoridade sobre o corpo dos afetados por meio de um discurso da opinião pública e dos poderes públicos, bem como entendemos que a fome e as epidemias fortalecem o sentimento de insegurança vivenciado pelas populações das zonas rurais e urbanas no Brasil.

Consideramos, segundo Delumeau (2009), que esse sentimento de insegurança estava presente na

vivência cotidiana das comunidades. Entretanto, a consciência de seus habitantes se move quando se agrava as suas péssimas condições de sobrevivência, dando brechas para possíveis revoltas internas. Neste ensaio, olharemos de uma forma mais detida para a seca de 1958 e como ela moveu esse sentimento de insegurança e promoveu revoltas populares no nordeste brasileiro.

Segundo Porter (1992), pensar como “os estados dominaram ou arregimentaram o corpo no recrutamento militar, a época da peste e, na verdade, na escravidão” e o “exercício da autoridade do estado sobre os corpos de seus súditos” (1992, p. 325) nos dariam subsídios para olhar as várias facetas de dado processo de subjetivação. Nesse intuito, analisaremos os discursos escritos e imagéticos publicados nesses periódicos, buscando historicizá-los e detectar o seu manejo na construção de regimes de verdade sobre as políticas de assistência social e a saúde pública brasileira.

Saúde pública brasileira

Segundo Bertolli Filho (1996), após 1945 o Brasil viveu o período de redemocratização com eleições diretas, a prática do pluripartidarismo e da liberdade de expressão. Entretanto, se continuou a política populista inaugurada por Getúlio Vargas no período ditatorial conhecido como “Estado Novo”. A atuação do Estado em prol da melhoria da saúde da população continuou precária mesmo assim. Nos anos 1950 se

buscou transmitir a imagem de um Brasil moderno e desenvolvimentista, principalmente no governo do presidente Getúlio Vargas (1956-1961). Entretanto, as condições de pobreza, o aumento da mortalidade, a falta de saneamento básico em suas cidades, a falta de assistência à saúde e aos trabalhadores eram um cenário presente e que desmanchava essa imagem da nação.

Em 1953 se criou o Ministério da Saúde no Brasil buscando resolver os problemas nessa área, mas a criação da pasta não estava associada a um investimento estatal no setor, ou seja, não se tinha recursos para fazer as campanhas e promover ações em prol de erradicar as epidemias que mais afetaram as regiões brasileiras e nem a sua morbidade, por exemplo, a doença de chagas e a malária. No ano de 1948 se formulou o Plano Salte que destacava a saúde como uma das áreas que deveriam ter um investimento do Estado em prol da melhoria de vida de sua população, sendo tais estudos de fundamental importância para justificar a fundação do referido ministério.

Na mensagem feita pelo presidente Eurico Gaspar Dutra em 1948 destacou a importância do Plano Salte que se propunha atingir a área da saúde, alimentação, transporte e energia no Brasil. Sua formulação era atingir os setores básicos e favorecer as condições necessárias para o seu desenvolvimento. A saúde figurou como uma área essencial para a intervenção estatal, pois, para Dutra, “é de todos conhecido o nosso elevado índice de mortalidade infantil. A solução do problema da mortalidade infantil está, entretanto, indissolúvelmente ligada à melhoria das condições sociais e econômicas do País. [...] Quanto

mais descurada é a higiene doméstica e menos é o grau de ventilação domiciliar, mais sobe, ainda, o índice de mortalidade infantil”. (1950, p. 6)

Segundo Dutra (1950), neste documento firmado para defender a aprovação do Plano Salte, a principal causa das mortes de crianças no Brasil antes dos 2 anos de idade era a diarreia e a enterite. Essas doenças resultam das péssimas condições higiênicas e de moradia de sua população no campo e na cidade. Além disso, a fome e a subalimentação se associavam a isso, aumentando e agravando as enfermidades e as mortes. O Plano Salte foi aprovado em maio de 1950. Sua atuação não conseguiu diminuir a mortalidade e o aumento do número de epidemias. Precisava-se criar um Ministério que tivesse recursos e uma pasta própria para mudar a imagem do Brasil, divulgada naquela época, como país das doenças.

A situação sanitária da população que vivia na zona rural era mais precária que a da zona urbana. Para isso, criou-se em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Segundo Bertolli Filho (1996), o clientelismo e as interferências nas políticas de saúde, por exemplo, feitas por deputados federais que defendiam os interesses dos empresários da saúde, minaram por dentro as campanhas políticas, desviando recursos e utilizando dos equipamentos públicos para fins particulares. Dessa forma, compreendemos, segundo Agamben (2005), que a destruição e a construção das experiências sociais se faz por meio da longa duração das catástrofes e a sua incorporação no cotidiano dos que a vivenciam - as epidemias e as pandemias são exemplos dessas experiências.

A fome e as doenças eram mais fortes no Nordeste nos anos 1950, onde a maioria da sua população vivia no campo, tinha a expectativa de vida mais baixa do Brasil, por exemplo, a sua população vivia aproximadamente até 30 anos. Por isso, o governo elegeu as crianças como principal público para as políticas públicas a fim de diminuir a mortalidade infantil.

Pensamos tais questões associadas ao problema da fome. Em suma, foram a mortalidade infantil e a fome, ambas surgidas pelo aumento da pobreza, pela falta de saneamento básico e pela falta de informação básica sobre a higiene, que impulsionaram a politização da saúde. Por exemplo, os médicos passaram a defender que o tratamento proposto pela ciência nada conseguiria ter os resultados esperados se a miséria e a fome continuassem, um desses sujeitos que se engajaram na luta política e usaram a medicina como prática social, a fim de resolver esses problemas sociais e sanitários, foi o médico Josué de Castro¹.

“Cuidemos da criança”

Em 1949 os poderes públicos de Juazeiro do Norte, município localizado no interior do Ceará, destacaram que apesar das descobertas científicas na área da medicina não se conseguia concretamente conter o avanço da mortalidade infantil, a morte chegava para algumas de suas crianças, entre 2 e 5 anos de idade. A denúncia feita era sobre a resistência da população em vacinar seus filhos, bem como as falsas infor-

mações que eram dadas à população mais carente da cidade sobre o tratamento das doenças. Colocando, assim, em descrédito os avanços científicos em seu tratamento, por exemplo, por meio da vacina. O jornalista Mário Malzone na matéria “Cuidemos da criança”, publicada no Correio de Juazeiro em 1949, destacou tais impasses.

O posto de Higiene do Juazeiro há muitos anos vem esclarecendo o povo, falando às mães de família através dos altos-falantes do Centro Regional de Publicidade, pela voz de seus esforçados e prestativos locutores, que já existe a vacina contra a difteria (mais conhecida por crupe, na linguagem popular por causa de uma de suas localizações – a laríngea). Vez por outra morre sufocado pela obstrução das vias respiratórias invadidas pelas falsas membranas, morre sem poder respirar, meninos forte e robustos que poderiam mais tarde amparar o pae doente, ser o arrimo de v’a mãe velhinha ou o chefe de família exemplar. No comum ninguém sabe quando adoecerá, a quais doença estará sujeito, e, si existe o meio de se evitar a doença porque não se aproveitar dele?! Vacinem seus filhos contra difteria, gratuitamente, no Posto de Higiene de Juazeiro. Eles serão examinados antes da vacina que não dói e nenhum incômodo causa a não ser pequena reação local. Defenda seus filhos queridos contra essa mortífera doenças que ataca as crianças principalmente no inverno (Malzone, 1949, p.01).

Nessa citação, verificamos como o discurso científico buscou firmar novos comportamentos na população juazeirense. A resistência à vacinação se ligava aos rumores, ao medo e ao desconhecimento dessa

prática, bem como a um imaginário advindo de experiências sociais anteriores que afastava a população das verdades pregadas pelo discurso médico na época.

Isso se deu, pois a falta de acesso à ciência médica fazia dessa comunidade hostil à sua intervenção, suas doenças, em sua maioria, eram tratadas por meio das práticas populares e pela atuação das rezadeiras locais. Elas por meio de seu ritual religioso sincrético, mistura do catolicismo, das religiões de matriz africana e indígenas, buscavam curar o enfermo. A produção da autoridade da ciência médica no Juazeiro do Norte deveria ser tanto discursivo como imagético, ou seja, a afirmação deveria atingir o campo mental e simbólico que estruturava o seu cotidiano, por exemplo, a sua fé no Padre Cícero Romão Batista, considerado santo pelos brasileiros. Entretanto, esse não foi o caminho trilhado nos anos 1950.

No ramo discursivo, verificamos, por exemplo, como o jornalista Malzone manejou elementos do discurso científico médico em sua matéria para convencer a população sobre a importância da vacinação. Essa produção social da verdade desligou dos elementos culturais da comunidade que poderiam ajudar a convencer esse público, por exemplo, poderiam usar a vida do referido santo popular e fundador de Juazeiro do Norte como forma de afirmação da ciência. Entretanto, usou o sentimento familiar e a perda de um ente querido para conseguir certa aceitação social para a vacinação das crianças.

Essa dialética entre o nascimento da doença e a necessidade de construir um discurso de verdade para a ciência se torna mais forte quando o medo da morte se torna mais presente. Nesse momento, a população que não possuía acesso às informações e aos recursos básicos nas várias cidades brasileiras se orientava por práticas do senso comum transmitidas pela tradição familiar e grupal. Segundo Bastos, “o tempo da epidemia é, portanto, o tempo fundamental da afirmação sobre a ciência, pretensão regulador de atos e condutas permitidas e proibidas” (Bastos, 2009, p. 85).

Em 1956, o intelectual e médico Pinheiro Monteiro fez um artigo e o publicou na Revista Itaytera, periódico do Crato, cidade localizada no sul do Ceará: “O Cariri através da medicina”. Neste texto deu um panorama do sistema de saúde local e um relatório sobre as doenças no Cariri, interior do Estado. Para isso, detectou os momentos mais dramáticos em sua história até 1957, trazendo a memória o nome dos profissionais da saúde que lutaram para controlar a disseminação de algumas doenças, por exemplo, os surtos de Cólera-Morbo (1862) e de Varíola (1879). No século XIX, outros elementos se associaram aos surtos dessas epidemias e modificaram o cotidiano dos caririenses. Para ele, “o atropêlo, à fome, à miséria ameaçam despovoar a região, não mais sorrindo de fertilidade que o inverno lhe proporciona nos tempos normais. Em face da impressão angustiosa à que se arrastou à população inteira, o Governo envia ao Crato o médico Antônio Pompeu de Sousa Brasil”(Monteiro, 1956, p.68). Em 1951 se criou neste município pelo Ministério da Saúde o Centro de Endemias do Crato que visava ser um suporte para os programas de vacinação contra a Varíola e à febre tifóide, tendo como principal foco as crianças cratenses.

Segundo Ariés (2017), a proteção e o resguardo da infância é uma construção da modernidade ligada à nova concepção de família inventada pela burguesia, compreendendo a partir disso que as crianças não eram pequenos homens, mas estavam em uma etapa de formação, tanto física como mental, diferenciada. A partir do século XVII a educação e a saúde das crianças passaram a ser os principais fatores de preocupação da família burguesa, defendendo que elas deveriam se dedicar aos estudos nessa fase da vida e não ao trabalho. Entretanto, o referido historiador, destacou que as classes mais pobres na Europa no século XIX viviam práticas medievais em relação à forma como tratavam seus filhos, por exemplo, a necessidade de sua mão de obra para o aumento da renda familiar.

Destacamos tais elementos, pois o discurso científico que se propagou em Juazeiro do Norte e Crato, nos anos aqui analisados, se pautou pela concepção de criança e família da burguesia. Realidade essa não vivenciada pela maioria de sua população que usava a mão de obra infantil no campo, nas oficinas de artesanato e nas fábricas, bem como considerava que apenas os filhos dos ricos tinham condição de se dedicar exclusivamente aos estudos. Tal constatação se ligava à condição financeira da família, por exemplo, a maioria dos camponeses não conseguiam recursos nem para sua alimentação, para uma moradia digna e salubre. Para eles, não era possível sonhar em ter um filho ou filha letrada.

Outro elemento que nos ajuda a compreender as diferenças discursivas sobre a infância no Brasil e as variadas práticas de seu tratamento foi a criação em 1950 pela Organização das Nações Unidas (ONU), com o apoio do Fundo Internacional de Socorro à Infância, de um programa de ajuda à infância no Brasil. Segundo Miguel Couto (1950), usaram 500 mil dólares em programas no Nordeste que possuía o maior índice de mortalidade infantil no Brasil. Entretanto, nesse planejamento dois estados ficaram de fora: Pernambuco e Alagoas. Tal acordo figurava-se mais por razões políticas que propriamente de atingir a população que mais sofria com essa situação. Por exemplo, o padre Medeiros Neto em 1950 questionou o governo sobre a exclusão desses dois estados e quais os requisitos elegidos para a tomada dessa decisão, pois eles eram os que possuíam os maiores registros de mortalidade infantil na região (Neto, 1950).

O jornalista Amaral Raposo do “O Combate”, criado na cidade de São Luís - Maranhão, fez a seguinte constatação em 1950: “somos, atualmente, uma nação doente, faminta, ignorante e nua” (Raposo, 1950, p.1). Para ele, não se tinha profissionais da saúde, como médicos, para atender a população, e medicamentos. Com a seca a população mais pobre, já fragilizada pela fome, colocou-se a caminhar internamente no Brasil em busca de uma vida melhor (Raposo, 1950).

Esse drama coletivo aprofundado com a migração interna no período de seca agravou o sistema de saúde que não funcionava a contento para a população local. A chegada desses retirantes triplicou o número de habitantes

nos municípios por eles procurados, provocando um colapso em todas as áreas de serviço público. A instrução da infância ajudaria, para Raposo (1950), a diminuir a mortalidade infantil, pois na escola se poderia educar as crianças a ter hábitos saudáveis. Mas o referido jornalista afirmou que a instrução da infância no Brasil era uma coisa de luxo: a população mais pobre não conseguia sustentar as suas crianças na escola.

A crítica era que os pobres são excluídos no Brasil de uma boa educação, essa requeria da família que desejasse matricular seu filho na escola pagar por seu ingresso e comprar os seus livros didáticos, produto caro na época. Três lutas, para o referido jornalista, deveriam ser empreendidas para construir um novo Brasil: a defesa da saúde, da instrução e do combate à fome. Essa sua exposição se fez por uma narrativa que expressava a sua revolta contra o governo e os políticos que não se comoviam com tal situação e não tomavam nenhuma atitude concreta para resolvê-la. Terminou o seu discurso com o seguinte questionamento: “E agora me digam se é ou não necessário exigir a todos os governantes deste país, com urgência e rigor, um exame de sanidade mental?” (Raposo, 1950, p.1).

Em 1956 se criou no Brasil mediante o Ministério da Saúde programas de assistência às crianças. Contudo, essa política pública não se associava às melhorias em outros setores essenciais, como no saneamento básico nos municípios brasileiros. Segundo Bertolli Filho, se multiplicaram “os serviços de higiene infantil e os postos de puericultura, que incluíam em suas atividades não só o acompanhamento e a vacinação e o tratamento das crianças doentes, mas também a assistência às mães” (Bertolli, 1996, p.45).

As mortes das crianças continuaram acontecendo devido às doenças ligadas ao aparelho digestivo, provindas, portanto, do uso e consumo de água e comida contaminada. O Nordeste brasileiro era a região que se destacava com a maior mortalidade infantil no país, estando no pódio dessa pesquisa o município de Natal e Salvador. Essa situação era agravada no período de seca onde a falta de assistência do governo levou os políticos e os latifundiários a manejarem essa necessidade em prol de seus interesses. Por exemplo, a assistência médica e a entrega de medicamentos à população mais pobre se fez como moeda de troca na política de compra de votos.

Segundo o Diário de Pernambuco, “no Recife, cidade subdesenvolvida, inchada, super-povoada, a miséria é a grande causadora desse mal terrível, que devasta a primeira infância. Para isso, basta comparar os diversos bairros da cidade, os da pobreza e os da gente abonada ou mesmo abastada” (Diário de Pernambuco, 1958, p.4). Tal situação era posta pela imprensa recifense como uma “vergonha pública”, pois a falta de condições sanitárias da periferia de Recife, a fome e o aparecimento de doenças provocavam um “vasto cemitério de anjos” (Diário de Pernambuco, 1958, p.4).

As narrativas do cotidiano das cidades pernambucanas impactavam como se o Brasil estivesse, naquele momento, em guerra, sendo essa provocadora de várias mortes diárias. Segundo o jornalista Medeiros, o ritmo

do sineiro se tornou habitual. Portanto, as baladas dos sinos não representavam mais o recolhimento para a oração, mas se tornaram baladas de angústia, de choro e comoção local, pois essas badaladas anunciavam “o enterro de um anjinho” (Medeiros, 1958, p.14) .

A principal doença que os levava a óbito era a enterite, ou doença de menino. Esse surto epidêmico no ano de 1958 tornou-se mais nocivo com o longo período de seca que passavam. O som do bronze (sinos) se conectava aos gritos das mulheres pobres que com o seus filhos no colo, envolto por um enxame de mosca, gritavam por ajuda. Essa doença provinha do consumo de águas e alimentos contaminados, causadores também da diarreia (Ligório, 1958) . Denúncias de que a água para o consumo doméstico de Recife era imprópria foram estampadas nas manchetes, destacando que de mil crianças que nasciam 250 não atingiam 1 ano de idade, chegando a óbito devido a ingestão de água e alimentos contaminados.

Segundo o Ipu em Jornal, o “palco de triste espetáculo” que vivenciavam os retirantes da seca no município de Ipu era impactante. A narração feita pelo jornalista, denominado de J.A.S, denunciava o uso político desse sofrimento e o abandono do governo para com essa população que não viviam de forma digna. Para ele, Faltam barracas para os abrigarem contra as intempéries, água limpa, gêneros não existem em estoque suficiente, choram crianças e a higiene não se concebe ali. A promiscuidade habita o local familiarizando-se com eles numa constante e terrível ameaça de toda sorte de epidemias. Pairam distantes os abutres traiçoeiros do tifo, varíola, sarampo, etc. O quadro é triste (J.A.S, 1958, p.1) .

No Ceará, a seca de 1958 agravou a situação de miséria de sua população, levas de flagelados colocaram-se em marcha para sua capital, Fortaleza, em busca de auxílio do governo estadual e federal. Quando adentraram as terras fortalezenses, magros e carregando a sua família, foram direto para as instituições de auxílio aos retirantes, particularmente, a Hospedaria Getúlio Vargas.

A Hospedaria Getúlio Vargas se ligava ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e foi inaugurada em 15 de março de 1943. Segundo Neves (2001), essa instituição foi programada para atender 1.200 pessoas, dando-lhes três refeições diárias. A sua criação nasceu como medida de combate aos problemas que emergiram com a seca no Nordeste na época do Estado Novo. Ela tinha a finalidade de dar repouso provisório aos flagelados que decidiam fazer parte do “Exército da borracha” e do “Exército da reserva” (Neves, 2001), sendo assim o espaço criado para a preparação e espera dessa mão de obra que seria enviada para o Amazonas.

Em junho de 1958 o número de flagelados na Hospedaria Getúlio Vargas não diminuiu, ainda eram 7 mil. Isso gerava para a instituição um dispêndio de 80 mil cruzeiros (Almanaque do Ceará, 1958) . De janeiro até julho se morreu em Fortaleza 4 mil crianças, mortalidade essa agravada com a seca (Almanaque do Ceará, 1958). Registravam-se, assim, tanto no interior como na Capital várias mortes ocasionadas pela fome, principalmente de crianças. Essas não possuíam uma alimentação que lhe desse o teor protéico e vitamínico adequado. Essa Hospedaria naquele momento tinha a capacidade e infraestrutura de acolher 800 pessoas, mas em abril de 1958 se tinha

11 mil “se acotovelando uns por cima dos outros, e a cada dia que se passa chegam novos contingentes de diversos pontos do interior do Estado” (Oliveira, 1958, p.7) .

A imagem abaixo foi retirada do Jornal “O Semanário” e foi fotografada por Leocacio Ferreira² em 1958 na referida Hospedaria, ligada ao Instituto Nacional de Imigração e Colonização (I.N.I.C)³ . A sua legenda era a seguinte:

Uma criança devorada por varejeiras: Sim, professor Maurício de Medeiros, são Moscas, que é o que mais existe na hospedaria que acolhe em Fortaleza os retirantes das secas. Falta comida, faltam leitões, mas sobram imundícies e promiscuidade. A garotada anda ao léu, à míngua de tudo, sem condições sequer rudimentares de vida (Morél, 1958, p.5) .

Para Morél (1958), morria-se por dia na referida instituição 10 crianças tendo como Causa Mortis a fome. O seu discurso se movia por sua experiência e contato com a hospedaria, nele relatava sua lembrança de quando estava nela com o Flamarion de Campos, Diretor Nacional da Criança e da Legião Brasileira de Assistência. Nesse momento, tinha em seus braços uma criança que morreu diante de seus olhos e de Flamarion. As imagens colocadas na matéria, principalmente da criança, fez-se para demonstrar as condições sanitárias do Ceará (Morél, 1958).

Isso se forjara como uma forma de cobrar as autoridades respostas, de combater uma retórica falaciosa que se propagava e fundamentava os cortes de verbas nas frentes de serviço, provocando um estado

de calamidade sanitária sem precedentes. Por exemplo, em Iguatu onde se tinham 20 mil flagelados suspenderam “toda a assistência médica aos filhos e mulheres dos cassacos, sob a desumana alegação de ser feita economia” (Morél, 1958, p.5). Essa matéria e as fotos, representadas aqui pela colocada acima, foram publicadas propositadamente no jornal para provar ao ministro da Saúde do governo de Juscelino Kubitschek⁴, Maurício Medeiros⁵ , que sua fala contra essa realidade se fazia por outros motivos e não tendo bases científicas e humanitárias. Tal político tinha viajado a jacto pelo Nordeste e “declarou que o estado sanitário da região é simplesmente magnífico” (Morél, 1958, p.5). Morél se indignou com o pronunciamento de Medeiros e narrou os acontecimentos que o contradiz por meio de suas experiências efetivas e afetivas.

Imagem 1: Uma criança devorada por varejeiras



FONTE: Foto de Leocacio Ferreira. In: MORÉL, Edmar (1958). “A morte e o desespero montaram o seu Q.G na Hospedaria do I.N.I.C em Fortaleza. O Semanário, 111, p. 5.

Mas no Iguatu já ocorreram vários casos de tifo, felizmente em caráter benigno. Como o Ministro não

esteve na “Hospedaria Getúlio Vargas” mandei fotografar crianças devoradas por moscas e alimentos destinados aos flagelados totalmente cobertos por nuvens de repelentes insetos, e endereçar o material fotográfico ao Professor Maurício de Medeiros. (Morél, 1958, p.5).

A Hospedaria tinha uma estrutura de 8 galpões, “onde homens, mulheres e crianças são armazenados como gado” (Morél, 1958, p.5), sua cozinha suportava a capacidade 300 refeições em momento de estabilidade climática, não tinha creche e enfermaria. Com a seca de 1958, as cenas de tragédia se perpetuavam em seus corredores e galpões, pois acolhia mais de 8 mil pessoas. Essa superlotação levou ao caos e à desorganização, não se tinha como dar o atendimento devido aos trabalhadores. Estavam, enfim, “todos passando fome, rotos e devorados por nuvens de moscas” (Morél, 1958, p.5).

A precarização do serviço era narrada com forte apelo e dando-lhe um regime de verdade por meio do sentimento e da experiência vivenciada pelo colunista no chão da Hospedaria. Por exemplo, Tarcísio Soriano Aderaldo, único médico da instituição e seu amigo de infância, foi encontrado por Morél em prantos na Hospedaria: “na impossibilidade de salvar um garoto por falta de uma injeção de vitaminas. Esta cena ocorreu, precisamente, no “Dia das Mães” (Morél, 1958, p.5). Outra crítica feita por ele era a “certas classes de Fortaleza” que frequentava seus “luxuosos clubes”, bem como fechava “os olhos ao drama dos flagelados, preferindo aplaudir a um desfile de misses elegantes, vindas de todas as partes do mundo” (Morél, 1958, p.5).

O espetáculo horrendo, entretanto, não é na pocilga, com rótulo de hospedaria. É sob os cajueiros que circundam o velho pardieiro, onde este jornalista encontrou mais de 200 famílias, crianças e velhos, morrendo, à míngua, sem comida, sem remédio. Desabou um terrível aguaceiro e todos ficaram encharcados. Quando a enxurrada passou, quatro crianças estavam mortas. Eis a assistência que o Governo Federal dá às vítimas da seca na “Hospedaria Getúlio Vargas” (Morél, 1958, p.5).

Na criação desse regime de verdade para demonstrar ao ministro o seu erro em desconsiderar o sofrimento e as mortes dos retirantes nordestinos, Morél perguntou a Flamarion de Campos qual a sua conclusão depois de frequentar a hospedaria de Fortaleza. Campos assim respondeu: “Sinto-me esmagado como ser humano” (Morél, 1958, p.5). Perguntou também ao médico da instituição quais as ajudas dadas pelo Ministério da Saúde. Ele respondeu com um tom de revolta o seguinte: “Nenhuma! Pasmem o povo brasileiro! Ainda não chegou uma cafiaspirina, uma injeção de vitamina, um soro. A comida que o I.N.I.C oferece é uma lavagem de porco, de causar náuseas ao próprio suíno” (Morél, 1958, p.5).

Denunciava que o leite do FISI, “que provoca cegueira nos recém-nascidos” (Morél, 1958, p.5), estava sendo desviado da hospedaria e vendido nos botecos de Fortaleza, bem como, segundo o vereador Mamede, “o leite do FISI é dado como comida de porcos, em pocilgas de Fortaleza” (Morél, 1958, p.5). Os órgãos responsáveis

se camuflavam e fugiam da cobrança, o I.N.I.C dizia que não possuía verbas, o Ministério da Saúde fazia de conta que o problema não existia e a Comissão Federal de Abastecimento e Preços (COFAP) não mandavam os alimentos para suprir a carência das instituições.

João Calmon de Medeiros, diretor dos “Diários e rádios associados” mandou uma missiva para o ministro do Ministério do Trabalho, Parsifal Barroso. Essa correspondência se fez com a intenção de pedir sua ajuda para a ampliação e construção da Maternidade Popular que se fazia em Fortaleza. A sua meta era depois dessas obras acolher na maternidade mais 1.500 retirantes que chegavam na capital cearense.

A Hospedaria Getúlio Vargas estava superlotada em 1958, por exemplo, aproximadamente 8 mil retirantes, segundo Calmon, viviam embaixo de cajueiros em Fortaleza esperando uma vaga. O discurso de Calmon se tornou mais apelativo, construiu um cenário forte, narrando o sentimento de insegurança vivenciado tanto pelos retirantes como pelos fortalezenses, destacando o sofrimento dessas famílias com a morte de suas crianças fora e dentro das Hospedaria, bem como nos terrenos próximos e na “cubata africana” (Diário de Natal, 1958, p.5) , onde habitava os que não conseguiam vaga na Hospedaria.

Fortaleza não possuía mais leitos, o aumento dos retirantes para 10 mil agravou a situação: “criancinhas, flageladas estão morrendo em massa na Hospedaria mantida pelo governo e em redes imundas” (Diário de Natal, 1958, p.5). O referido jornalista, construiu esse cenário para questionar isto: Por que não se buscava evitar essa catástrofe usando do recurso

que já se tinha endereçado a assistência aos flagelados pela seca no Nordeste brasileiro?

Josué de Castro, autor do livro Geografia da Fome , publicado em 1946, visitou a Hospedaria Getúlio Vargas em 1958, a impressão desse cientista ao pisar em seu chão foi impactante - tal experiência aflorou os seus sentidos. O jornalista Morél presente nesse momento, perguntou-lhe o que sentia ao ver as condições dos trabalhadores na referida instituição. Ele com os “olhos rasos de lágrimas” disse: “Nem na Índia vi coisa igual!” (Morél, 1958, p.5). O referido jornalista defendia a retirada da “quadrilha” que estava em sua administração e dá-la a um homem de estirpe como “José Américo de Almeida, um Juarez Távora, um D. Hélder Câmara, homens acima de partidos” (Morél, 1958, p.5).

O cenário cearense era outro, o que impactava não eram somente as vacas magras e os retirantes raquíticos em movimento pelas estradas estaduais, mas que em “pleno Século da Criança – Caixão de anjinho é mercadoria vendida no portão do pardieiro. É o fim da raça!” (Morél, 1958, p.5). Em julho de 1958 o ministro da Saúde, Maurício de Medeiros, foi retirado do cargo pelo presidente da República. Contudo, o problema não foi resolvido, os questionamentos e os movimentos sociais continuaram.

Conclusão

A partir de 1950 o moderno e a tradição não estavam para a elite econômica brasileira em lados dicotômicos, mas procuravam de uma forma parcial uni-los em prol de propagar a imagem de um país moderno

e civilizado. Esses, por sua vez, imbricavam-se pelo enaltecimento de seu passado, de sua história e tradição, e pelo presente-futuro, enquanto um horizonte de expectativa que almejava a sua industrialização.

Tal anseio foi impactado pelas recorrências do período de estiagem durante a referida década, tendo momentos de ápices que trouxeram à baila um cenário que apresenta um país que não conseguiu resolver os seus problemas na área de saúde, educação e saneamento básico.

As denúncias dos desvios de verbas, que deveriam ser empregados nas políticas de saúde pública, nas políticas em prol de uma educação pública e nas frentes de serviço, vinculada à política de assistência aos retirantes, destacavam as condições sanitárias e subumanas que viviam os cassacos, por exemplo, na Hospedaria Getúlio Vargas. Enfim, as experiências vivenciadas por esses sujeitos sociais se tornaram linhas de fuga de uma política embasada pela gratidão paternalista, mas também a criação de práticas sociais e microrrelações de poder no Nordeste brasileiro.

Notas

1. Nasceu em 1908 no Recife, Brasil, e morreu em 1973 em Paris. Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. Em 1946 publicou a “Geografia da fome”, livro que se tornou um clássico na temática, criou o Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil. Em 1947 torna-se professor efetivo de geografia humana da Universidade do Brasil. A partir de 1948 começou a participar da FAO e foi eleito presidente de seu conselho executivo (1952-1956). Atuou também como deputado federal do estado de Pernambuco e em 1963 embaixador do Brasil junto à ONU. Com o golpe militar de 1964 foi retirado do cargo e os seus direitos políticos suspensos, sendo exilado em Paris até a morte. Nessa cidade francesa atuou como professor da Universidade de Paris VIII e criou o Centro Internacional para o Desenvolvimento. Esse pesquisador buscou em sua atuação política e científica elevar a fome como um tema científico, dando-lhe instrumentos para realizar intervenções metódicas e racionais em prol de resolver tal impasse. Durante a sua atuação na FAO teve resistência de alguns países membros que não respeitavam os rumos e as escolhas políticas tomadas para o órgão, por exemplo, Castro destaca que o problema da fome podia ser resolvido se os homens desejassem, ou seja, era uma questão política e econômica, e não um determinismo social e natural como alguns defendiam. Em 1957 fundou a Associação Mundial de Luta Contra a Fome (ASCOFAM) em Genebra, Suíça. Publicou os seguintes livros sobre a temática: *Geografia da Fome: “O Problema Fisiológico da Alimentação no Brasil”* (1932); *“O Problema da Alimentação no Brasil”* (1933); *“Condições de Vida das Classes Operárias do Recife”* (1935); *“Alimentação e Raça”* (1935); *“A Alimentação Brasileira à Luz da Geografia Humana”* (1937); *“Alimentazione e Acclimatization Umana nel Tropici”*

(1939); “Geografia da Fome: A Fome no Brasil” (1946); “La Alimentación en los Trópicos” (1946); Geopolítica da Fome (1951). “O Livro Negro da Fome” (1957); “A Explosão Demográfica e a Fome no Mundo” (1968); “El Hambre - Problema Universal” (1969); “Fome: um Tema Proibido - últimos escritos de Josué de Castro” (2003).

2. Leocácio Ferreira era um fotógrafo autodidata e paraibano, radicado no Ceará; criou sua própria câmera panorâmica e registrou a inauguração de Brasília em 1960.

3. I.N.I.C foi criado em 1954 atrelado ao Ministério da Agricultura e extinguiu-se em 1962; ficando em seu lugar a Superintendência de Política Agrária (Supra).

4. Juscelino Kubitschek, médico pela Faculdade de Medicina de Minas Gerais, hoje UFMG (1927). Foi Presidente do Brasil (1956-1961) e teve sua trajetória política nos estados de Goiás e Minas Gerais.

5. Maurício Campos de Medeiros, bacharel em farmácia (1903) e medicina pela Universidade de Medicina do Rio de Janeiro. Ministro da Saúde do presidente Nereu Ramos (1955-1956) e de JK (1957-1958).

Referências

Ariès, Philippe (2017). *História Social da criança e da família*. São Paulo: LTC.

Agamben, Giorgio (2005). *Infância e história: destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Bastos, Mário Jorge da Motta (2009). *O poder nos tempos da peste* (Portugal - séculos XIV/XVI). Niterói; Ed UFF.

Bertolli Filho, Cláudio (1996). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Ática.

Castro, Josué (1980). *Geografia da fome*. Rio de Janeiro: Antares Achiamé.

Delumeau, Jean (2009). *História do medo no ocidente (1300-1800): uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras.

Moulin, Anne Marie (2011). O corpo diante da medicina. In Corbin, Alain; Courtine, Jean-Jacques; Vigarello, Georges (org). *História do corpo: as mutações do olhar, o século XX*. Petrópolis: Vozes, 15-82.

Nash, Par Linda (2015). Un siècle toxique: l'émergence de la “santé environnementale”. In Bonneuil, Christophe;

Pestre, Dominique (org). *Histoire des sciences et des savoirs*. Paris: Éditions du Seuil, 145-166.

Neves, Frederico de Castro (2001). Getúlio e a seca: políticas emergenciais na era Vargas. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, 21 (40), 107-131.

Porter, R (1992). História do Corpo. In Burke, P. (org). *A escrita da história*. São Paulo: Unesp.

Presidência Da República. Departamento Administrativo do Serviço Público (1950). *Plano Salte*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional

Schwarcz, Lilia Moritz (2020). *Quando acaba o século XX*. São Paulo: Companhia das Letras.

Vincent, Gérard (2009). Uma história do segredo? In Prost, Antoine; Vincent, Gérard (Org). *História da vida privada: Da primeira Guerra a nossos dias*. São Paulo: Companhia das Letras, 137-364.



Historia del tapabocas o mascarilla a través de las pandemias

MICHELLE MORÓN ARAÚJO

Área de conocimiento:

Odontología (salud).

Historia del tapabocas o mascarilla a través de las pandemias.

Autora, investigadora, revisora de artículos de investigación en el área en salud especialmente en Odontología. Afiliación: Facultad de Odontología Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C.

Correspondencia:

michellemoronaraujo@gmail.com

En diferentes países y partes del mundo tiene distintos nombres, en Argentina lo conocen con el nombre de barbijo, en España mascarilla, en Cuba Nasobuco y en otros países latinoamericanos se le llama tapabocas o cubre bocas. Este importante objeto es definido a un tipo de máscara filtrante que tiene como objetivo cubrir parcialmente el rostro y es utilizada para contener bacterias y virus provenientes de la nariz y la boca, lleva una década de evolución.

¿Por qué será tan importante este elemento a lo largo de los años? Esta prenda es muy importante y ha tomado auge por la pandemia de COVID-19, la cual inició en la ciudad de Wuhan en China a finales del 2019 y se propagó en el año 2020. Esta enfermedad se extendió por ello, la Organización Mundial de la Salud la declaró como pandemia el 11 de marzo de 2020 (WHO;2020; OMS,2020; Wu et al,2020).

A medida que los seres humanos evolucionan por el mundo, también lo hicieron las enfermedades infecciosas. Incluso en la época actual los brotes son casi persistentes, aunque no todos los brotes alcanzan el nivel de pandemia como lo hace el COVID-19 (Li et al, 2020;Guan et al, 2020).

Las pandemias mortales y las emergencias de enfermedades no son fenómenos nuevos, estas desafiaron la existencia humana a lo largo de la historia registrada. Algunos microorganismos mataron un porcentaje considerable de la humanidad, pero los seres humanos siempre buscaron, y a menudo encuentran, formas de mitigar los efectos mortales y buscar frente a las adversidades que trae la vida (Zhang et al, 2020).

Las manifestaciones más comunes reportadas para esta nuevo virus, “llamado COVID-19,” es la fiebre, fatiga, afecciones pulmonares y tos seca, aunque también se presenta mialgia, disnea, náuseas, vómito, diarrea, entre otras. Las personas con comorbilidades previas al desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva son las que presentan un cuadro clínico más grave. Algunas de las comorbilidades más comunes son; diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, obesidad y enfermedades pulmonares crónicas, igualmente tienen mayor riesgo los fumadores activos y las personas de la tercera edad (OMS, 2020; p. 2; WHO, 2020, p. 2).

A lo largo de los años se ha visto que el ser humano es vulnerable a las enfermedades infecciosas y que ningún país, gremio, asociación, federación o ministerio, está lo suficientemente preparado para afrontar una pandemia, como se ve reflejado con la pandemia de COVID-19.

Al comienzo de la pandemia, en el año 2020, solo estaba indicado el uso del tapabocas para el personal de la salud y personas con sintomatología, más adelante, todos los países tomaron como medida obligatoria la mascarilla a toda la población, especialmente cuando estuviesen fuera de las casas, esta medida de protección fue complementada con el lavado de manos, distanciamiento social y cuarentena estricta, entre otras (OMS, 2020, p. 2; Sánchez 2020).

El uso y evolución del tapabocas o mascarilla a través de los años

Está registrado en la literatura que el primer tapabocas o mascarilla fue registrado por Plinio el Viejo (79-23 a. C), escritor romano, donde en la enciclopedia de historia natural que redactó en la segunda mitad del siglo I, describe el método y truco utilizado por los trabajadores del cinabrio ellos utilizaron minerales muy tóxicos compuestos de azufre y mercurio por, estos materiales son triturados para fabricar un pigmento rojo para las pinturas de murales, con el fin de no inhalar este compuesto tóxico, los trabajadores emplearon mascarillas hechas con pieles de vejigas blandas de animal (Dalma,1979; Spooner, 1967).

Este escritor romano murió en el año 79 a.C asfixiado por los gases volcánicos del Vesubio, esta es la primera evidencia de protección respiratoria artesanal que se conserva, la más antigua de la historia.

Más adelante, en la era del renacimiento en el siglo XVI, el italiano “Leonardo da Vinci”, pintor, anatomista, arquitecto, paleontólogo, artista, botánico, científico, escritor, escultor, filósofo, ingeniero, inventor, músico, poeta y urbanista, recomendó el uso de paños húmedos sobre la boca y la nariz para combatir la respiración de agentes infecciosos.

En el siglo XIX, el científico Louis Pasteur estudió y demostró que los microorganismos en el aire pueden llegar a causar enfermedades mortales invisibles a la vista humana. Los microorganismos y gérmenes, “como los causantes de enfermedades infecciosas”, fueron estudiados por el “Alemán Robert Koch”, al tiempo, la célebre teoría microbiana de la enfermedad o teoría germinal de Louis Pasteur impulsó una revolución científica, “porque” terminó con la vieja creencia que “explicaba que” las enfermedades provenientes del cuerpo “ocurrían” por un desequilibrio de humores (Matuschek et al, 2020).

Al paso de los años, y rompiendo con paradigmas de la ciencia, el cirujano Británico Joseph Lister se dio cuenta que la putrefacción de las heridas quirúrgicas causaba un alto índice de muerte en los hospitales, este descubrimiento incrementó y elaboró la práctica quirúrgica de la asepsia y la antisepsia, favoreciendo la situación postoperatoria de los pacientes. También se demostró que los virus, las bacterias y otros microorganismos pueden ser patógenos y propagarse de persona a persona (Ledermann, 2008; Laín, 1978). Al pasar los años, diversos investigadores se interesaron en trabajos en este campo, tanto en el aire exterior como en lugares cerrados. Las enfermedades transmitidas por el aire, producidas por bacterias, virus y hongos son: las respiratorias (neumonía, tosferina, tuberculosis, legionelosis, resfriado, gripe), las sistémicas (meningitis, sarampión, varicela, micosis) y las alérgicas. Estudios demostraron la presencia de microorganismos en el aire y su propagación al toser, hablar y estornudar (De la rosa, Ullan, Prieto y Mosso 2000; Andersen 1958).

De esta manera, en 1890 los tapabocas o mascarillas se implementaron en las salas quirúrgicas de las clínicas y hospitales, para que la saliva y el aliento de los médicos no afectará a los pacientes ni contaminara los profesionales. En esta época el uso de tapabocas era exclusivo de los médicos, sin embargo, durante la pandemia de COVID-19 que afectó a la población global en el año 2020, este elemento se convirtió en un accesorio universal y de uso obligatorio (Spooner, 1967, p. 3; Chu, 2020; Gandhi, et al, 2020).

En el siglo XIV, a finales de la edad media, la peste bubónica, también conocida como la “peste negra”, afectó a Europa. Esta enfermedad causaba gangrena en diferentes partes del cuerpo, y por su capacidad de rápida extensión provocó la muerte a un cuarto de la población del viejo continente. El tapabocas o mascarilla que utilizaron los médicos fueron máscaras en forma de pájaros picudos o mascarilla de pico y ropaje largo, guantes de cuero, sombrero grande y lentes de cristal para que el virus no tuviera donde colarse. Se creía que las personas que respiraban las emanaciones fétidas de los suelos y el agua en descomposición se contagiarían de enfermedades mortales (Arrizabalaga, 1991). La extensión del pico servía para depositar hierbas aromáticas, de esta manera los médicos podían respirar buenas fragancias, en vez de la putrefacción del ambiente, y se protegían de los malos aires. En los siglos XVII los médicos continuaron el uso de tapabocas o mascarillas parecidas al pico de aves, porque se creía en la teoría miasmática, creencia que es actualmente obsoleta, por esta fue sustituida por la teoría de la enfermedad o teoría germinal microbiana descrita anteriormente (Matuschek et al, 2020; p. 4; Strasser y; Schlich, 2020).

Imagen 2: Historia del tapabocas



Fuente: Autor

Imagen 3: Historia del tapabocas



Fuente: Autor

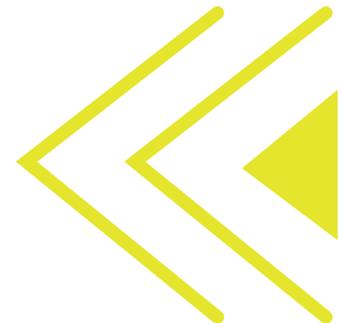
En el año 1897, el cirujano Polaco Johannes Mikulicz-Radecki, defensor de la asepsia, implementó el uso de elementos de bioseguridad como: los guantes de goma estériles, un estricto lavado de manos con alcohol y, especialmente, el tapaboca o máscara quirúrgica, que fue confeccionada con una capa de gasas que se usó para evitar la propagación por gotas (Hübner, 1898; Grzybowski, et al, 2012).

En 1910 con la peste de Manchuria, plaga mortífera en el noreste de China, el 100% de las personas contagiadas murieron entre las 24 y 48 horas. Este fue un suceso apocalíptico donde murieron cien mil vidas. Se cree que dicha peste fue originada por las marmotas, su piel era apetecida para cubrir el frío, pero se temía que la mordedura de las pulgas de esta especie propiciaron la afección de la neumonía bacteriana, esta contaba con síntomas iguales a la peste bubónica, como

la inflamación de ganglios, nódulos en cuello, axilas e ingle. La sociedad China combatía a las pulgas a toda costa para tratar de vencer esta peste (Rogaski, 2021; Lynteris 2018).

El joven médico Wu Lien Teh, originario de Malasia y educado en Cambridge, trató de convencer a sus colegas sobre la peste, argumentado que esta era transmitida por el aire y no por las pulgas. Él fue conocido como el padre del tapabocas o mascarilla, al diseñar un modelo basado en las mascarillas europeas, elaboradas con varias capas de material a modo de filtro y con un mecanismo de arnés que sujetaba la mascarilla a la cara (Wang et al, 2019). La demanda del tapaboca o mascarilla estalló por todo el mundo creando, en diversos países, diferentes formas, figuras y materiales (Zhang et al, 2018).

Imagen 4: Historia del tapabocas



Fuente: Autor

En 1918 se produjo una pandemia de gripe conocida como la “gripe española”, esta encefalitis letárgica alcanzó niveles epidémicos, además contó con casos reportados en varios países del mundo hasta el año 1923. La enfermedad desar-

rolló problemas respiratorios a la población, y a diferencia de otras epidemias que afectaron principalmente a niños y ancianos, este virus también afectó a un gran número de adultos sanos, entre los 20 y 40 años. El tratamiento disponible en ese momento incluyó dieta, enjuagues antisépticos para la garganta, dosis bajas de valerianato de quinina, salicilatos, codeína como supresor de la tos y aceite de alcanfor (Lüthy et al, 2018).

La pandemia de gripe española apareció en Colombia a finales de 1918 en ciudades, pero afectó especialmente a Bogotá, allí se reportó el mayor número de pacientes y muertes. Durante esta pandemia, se estableció, como medida de protección contra la influenza, el uso de tapabocas o mascarilla para la población en general. Se emplearon medidas de limpieza de los espacios públicos como teatros, fábricas y el transporte público. También se recomendó el cierre de universidades y escuelas (Azizi et al, 2010). Los procedimientos específicos adicionales utilizados para trabajar con la cepa fueron los rigurosos protocolos de protección respiratoria y cambio de ropa. Entre ellos, el uso de tapabocas o mascarillas de respiración de presión negativa con filtros HEPA (del inglés “High Efficiency Particle Arresting”), las mascarillas de respiración de presión positiva con purificador de aire (PAPR, por sus siglas en inglés) y las duchas para el personal antes de salir del laboratorio (Uribe et al, 2019).

En el año de 1920 se resaltó la importancia del tapabocas o mascarilla, además se tomaron las medidas obligatorias en todas las clínicas y quirófanos del mundo. En la década de 1930, el médico estadounidense Herbert Mellinger puso un pedazo de goma o hule entre dos capas de gasas para crear un cubrebocas “antigérmenes”. La investigación sobre el papel de los tapabocas o mascarillas continuó en Alemania y Estados Unidos, en la década de 1940 pasó a un segundo plano con la invención de los antibióticos (Phillips y Miles, 1934). Los tapabocas o mascarillas lavables y esterilizables ganaron aceptación en la cirugía alemana e internacional, lo que únicamente variaba era el número de capas de gasa. Años después se desarrollaron diferentes materiales para su uso. En 1961 el investigador M. Musselman creó el primer tapabocas desechable, este se introdujo en todo el mundo después de que se iniciara en los Estados Unidos (Salas, 2020).

Con estas pandemias se popularizó el tapabocas o mascarilla N95 y las me-



Imagen 5: Historia del tapabocas



Fuente: Autor



didias educativas de higiene, como el correcto lavado de manos y el distanciamiento social a toda la población en general. En el año 2014 apareció esta prenda por primera vez en las pasarelas como un ícono de la moda. En las semanas de la moda de Hong Kong y China, los diseñadores Nina Griffee y Yin Pen los presentan como accesorios (Silverstein, 2016; Smith et al, 2016).

Historia del tapabocas o mascarilla N95 y su importancia al personal de la salud

Su nombre es Peter Tsai y es el creador de los tapabocas o mascarillas N95, que fueron patentados en Estados Unidos en 1995 a sus 68 años. El nació en Taiwán y desde niño conoció el trabajo; más tarde estudió la ingeniería de fibra química, donde trabajó en el Instituto de Investigación Textil de Taiwán, por luego migró a los EE.UU donde realizó un doctorado en la Universidad de Kansas, allí fue contratado como profesor para el estudio de la Ciencia e Ingeniería de Materiales, así comenzó una carrera de 35 años donde analizó y estudió los diferentes tipos de materiales provenientes de fibras que no fueran tejidas (Juang y Tsai, 2020).

En 1992 dirigió al equipo que desarrolló la técnica de la tecnología de filtración electrostática, utilizado para filtrar partículas no deseadas, y esto, finalmente, lo llevó a la creación del tapabocas o mascarilla N95, que son considerados respiradores porque tienen la capacidad de filtración, la designación de N significa que no filtra aceite y 95 que filtra hasta el 95% de todas las partículas aéreas. Él salió de su jubilación para seguir elaborando, creando y combatiendo la pandemia de COVID-19. Por otro lado, Sara Little una de las primeras diseñadoras de Estados Unidos, se inspiró en un sujetador femenino para la creación del diseño del tapabocas o mascarilla N95 (Smith et al, 2016, p. 7).

Este elemento sanitario es considerado el más efectivo y utilizado por el personal médico sanitario en todo el mundo.

En el 2018 se desarrolló una técnica que duplicó la capacidad de filtración de los tapabocas o mascarillas médicas. Con la llegada de la pandemia del COVID-19 se obligó a volver a trabajar en la lucha contra el coronavirus, se recibió muchas llamadas de laboratorios y empresas para solucionar la demanda de mascarillas de N95 que son imprescindibles para el personal sanitario en la batalla contra la pandemia (Juang y Tsai, 2020, p. 7).

Consideraciones finales y conclusiones

A lo largo de los años se ha reportado en la literatura e historia las múltiples enfermedades que se han desarrollado en su gran mayoría por virus han provocado pandemias, lo que afecta gravemente al ser humano dejando huellas en el pasado y en su vida. Se evidencia que los científicos siempre crean o inventan elementos de protección sanitaria que dan resultados positivos y son de gran utilidad para combatir las pandemias y mitigar el número de contagios y muertes.

El tapabocas o mascarilla es un elemento muy importante que acompaña a la sociedad en los diferentes momentos de la historia. Cuando se estableció la emergencia sanitaria en el país por los diferentes entes gubernamentales y medios de comunicación, las medidas sobre el uso del tapabocas no eran tan estrictas, se sugirió inicialmente su uso para el personal médico, personas contagiadas o que presentaran algún tipo de sintomatología, pero, debido a la rápida propagación del virus y a las continuas investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se determinó la medida obligatoria, del uso tapabocas o mascarilla para toda la población, como medida de prevención. Actualmente el mercado de los tapabocas o mascarillas ha crecido, actualmente ofrece variedad de estilos, diseños, materiales dependiendo de las exigencias y uso del consumidor.

Como recomendaciones especiales el uso de este elemento desechable debe ser de un solo uso y no reutilizado, los tapabocas de tela pueden ser reutilizados siempre y cuando sean lavados luego de cada uso. Para todo el gremio de la salud se recomienda el uso del tapabocas o mascarilla N95, porque está comprobado su efectividad ya que filtra el 95% de partículas. Este elemento, que es tan esencial, llegó para quedarse porque reduce la propagación del coronavirus y evita nuevos brotes de la enfermedad. Gracias a este invento del hombre, que se convirtió en una prenda importante, se ha salvado muchas vidas, ha acompañado a la población en estos meses de pandemia, y protegido a las personas en la calle, en el supermercado, en el parque, al hacer deporte, en reuniones y hasta en las casas.

***Gracias tapabocas por estar siempre ahí en esta
y todas las pandemias.***

Referencias

Andersen, A. A. (1958). New sampler for the collection, sizing and enumeration of viable airborne particles». *Journal of Bacteriology*, 76, 471-484.

Arrizabalaga (1991) "La peste negra de 1348: los orígenes de la construcción como enfermedad de una calamidad social". *Dynamis: Acta Hispanica and Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 11, 79-80.

Azizi M, Raees J, Azizi F. (2010) A history of the 1918 Spanish influenza pandemic and its impact on Iran. *Arch Iran Med*, 13(3),262-5.

Chu D, Akl E, Duda S, Solo K, Yacooub S, Schuneman H. (2020) Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 395(10242), 1973-1987.

Dalma J. (1979) Plinio el viejo su cosmovisión y cosmología. *Sem Med*.154 (3), 71-85.

De la rosa, M. C, Ullán, C, Prieto, M. P, Mosso, M. A. (2000): Calidad microbiológica del aire de una zona limpia en una industria farmacéutica. *Anales de la Real Academia de Farmacia*, 66, 213-228.

Gandhi M, Beyrer C, Goosby E. (2020). Masks Do More Than Protect Others During COVID-19: Reducing the Inoculum of SARS-CoV-2 to Protect the Wearer. *J Gen Intern Med.*, 1-4.

Grzybowski A, Sak J, Jan Mikulicz-Radecki (1850-1905). (2012) His impact on modern medicine. *Clinics in Dermatology*. 30,129-136.doi: 10.1016 / j.clindermatol.2011.05.004

Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. (2020) China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in *China*. *N Engl J Med*. 382(18), 1708-1720. doi: 10.1056/NEJ-Moa2002032.

Hübener, W. (1898). Ueber die Möglichkeit der Wundinfection vom Munde aus und ihre Verhütung durch Operationsmasken. *Zeitschr. f. Hygiene*. 28, 348–372 doi: 10.1007/BF02285377

Juang P, Tsai P. (2020). N95 Respirator Cleaning and Reuse Methods Proposed by the Inventor of the N95 Mask Material. *J Emerg Med*. 58(5), 817-820. doi: 10.1016/j.jemermed.2020.04.036.

Laín Entralgo P. (1978) *Historia de la medicina*. Salvat Editores S.A., Barcelona; p. 486.

Ledermann W. (2008) En memoria de Lister. *Rev chil infectol*, 25(5), 351-356. doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000500006>.

Li L, Yang Z, Dang Z, Meng C, Huang J, Meng H, Wang D, Chen G, Zhang J, Peng H, Shao Y. (2020). Propagation analysis and prediction of the COVID-19. *Infect Dis Model*. 5,282-292. doi: 10.1016/j.idm.2020.03.002.

Lüthy I, Ritacco V, Kantor I. (2018). A cien años de la gripe “Española. *Medicina (B Aires)*. 78(2), 113-118.

Lynteris C. (2018). Plague Masks: The Visual Emergence of Anti-Epidemic Personal Protection Equipment. *Med Anthropol*. 37(6), 442-457. doi: 10.1080/01459740.2017.1423072.

Matuschek C, Moll F, Fangerau H, Fischer JC, Zänker K, van Griensven M, et al. (2020).The history and value of facemasks. *Eur J Med Res*. 23; 25(1),23. doi: 10.1186/s40001-020-00423-4.

OMS. (2020) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-forpublic/when-and-how-to-use-masks>

Phillips, Miles H. (1938). “History of the Prevention of Puerperal Fever. *British Medical Journey*. 1924. 2. 623.

Rogaski R. (2021). The Manchurian Plague and COVID-19: China, the United States, and the “Sick Man,” Then and Now. *Am J Public Health*. (3), 423-429. doi: 10.2105/AJPH.2020.305960.

Salas M, (2020). Así nació el cubrebocas. El universal. <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/mochilazo-en-el-tiempo/asi-nacio-el-cubre bocas>

Sánchez-Villena AR, De La Fuente-Figuerola V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?. *An Pediatr* (93(1) ,73-74. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.001

Silverstein G. (2006). Preparing for pandemic influenza. *Lancet*.367, 1239–1240.doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68537-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68537-1)

Spooner, J. L. (1967). History of surgical face masks. *AORN J* 5(1),76-80. doi: [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(08\)71359-0](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(08)71359-0)

Smith J, MacDougall C, Johnstone J, Copes R, Schwartz B, Garber G. (2016). Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks in protecting health care workers from acute respiratory infection: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 188(8), 567-574. doi: 10.1503 / cmaj.150835

Strasser B, Thomas Schlich (2020). *The art of medicine A history of the medical mask and the rise of throwaway culture*. Published Online. 10243 (396): 19-20. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31207-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31207-1)

Uribe C, González A, González P. (2019). La Von Economo's encephalitis lethargica and the Spanish flu pandemic in Bogotá and Medellín (Colombia): An historic review one hundred years after. *Biomedica*. 31, 39(1), 8-16. English, Spanish. doi: 10.7705/biomedica.v39i1.4677.

Wang H, Lau E, Horton R, Jiang B. (2019). The Wakley-Wu Lien Teh Prize Essay 2019: telling the stories of Chinese doctors. *Lancet*. 6,394(10192):11. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31517-X.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

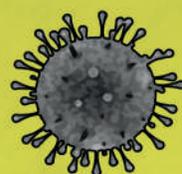
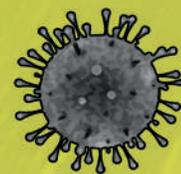
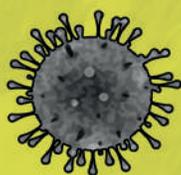
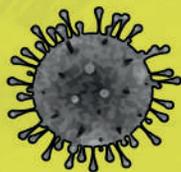
Wu J, Leung K, Leung G. (2020) Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet*. 395(10225), 689-697. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30260-9.

Yen M, Chiu A, Schwartz J, King C, Lin Y, Chang S, Armstrong D, Hsueh P. (2014). From SARS in 2003 to H1N1 in 2009: lessons learned from Taiwan in preparation for the next pandemic. *J Hosp Infect*. 87(4), 185-93. doi: 10.1016/j.jhin.2014.05.005

Zhang J, Dong X, Cao Y, Yuan Y, Yang Y, Yan Y, et al. (2020). Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 75(7), 1730-1741. doi: 10.1111/all.14238.

Zhang Q, Zhang F, Yang B. (2018). Pneumonic plague epidemic in Northeast China in 1910-1911: Dr. Wu Lien-Teh's epidemic preventive system for plague control. *Front Med*. 12(1), 113-115. doi: 10.1007/s11684-018-0





Pandemias y sindemias



Relatos de personas, pestes, epidemias, pandemias y sindemias

EMILIO QUEVEDO-VELEZ

Presentación

Médico, Pediatra, PhD en Estudios Sociales de las Ciencias y las Tecnologías. Profesor Titular Emérito de Carrera y Director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario de Bogotá.

Este trabajo recoge tres relatos literarios de ficción, que hacen parte de una serie mucho más grande titulada “Relatos de personas viviendo en situación de pestes, epidemias, pandemias y sindemias”, que está en proceso de construcción. Dichos relatos están basados en casos reales, históricos, que cuentan las experiencias vitales de personas viviendo y muriendo en condiciones de pestes, epidemias, pandemias o sindemias, en diferentes lugares y momentos de la historia humana. Para este trabajo se incluyó un relato correspondiente a la Peste Negra medieval, otro ubicado en la mitad del siglo XIX y un tercero, relacionado con la sindemia de COVID -19 del siglo XXI. Los relatos se mueven dentro de la franja literaria indescifrable de los borrosos límites entre la imaginación y la realidad, teniendo en cuenta que ambas son construcciones humanas, pues son representadas con palabras inventadas por los propios seres humanos, y descritas por ellos mismos, utilizando como herramientas sus propias estructuras lingüísticas. En estos relatos, el caso “real” se ve envuelto y difuminado en la bruma de la descripción fantásica, pero realística, del entorno. De esa manera, en ellos no hay afuera ni adentro, porque la fantasía y la realidad están ligadas permanentemente, y más que ligadas, entreveradas en todas sus dimensiones.

Los casos han sido elaborados por el autor de este escrito, a través de los años, como materiales de trabajo, tanto para un curso de pregrado en Medicina sobre Historia del Concepto de Salud-Enfermedad, como para dos seminarios de postgrado: uno sobre Historia de la Salud Pública y, otro, sobre Historia de las Epidemias y las Pandemias. Ellos han servido como materiales de lectura y discusión en talleres de trabajo, que introducen y entusiasman a los estudiantes para abordar el estudio de fuentes bibliográficas de carácter histórico, sociológico, antropológico, psicológico, económico-político y epidemiológico que acompañan y nutren los cursos.

Los relatos incluyen, no solo la descripción de fenómeno general epidémico o pandémico en cada momento histórico y las representaciones que de él construye el médico (Disease dirían los antropólogos), sino también las dimensiones personales del sufrimiento de los enfermos (Illness) y las representaciones culturales de la enfermedad que se foja su comunidad, desde las cuales el enfermo vive su padecimiento. Así mismo, en estos relatos, estas tres dimensiones del enfermar humano se entroncan, de manera estructural, con los procesos sociales, culturales, económicos y políticos particulares de las sociedades en las que se producen.

Se pretende que el lector comprenda que las epidemias, las pandemias y las sindemias no se reducen simplemente a la llegada de un microorganismo patógeno a una comunidad dada y su esparcimiento por el cuerpo de sus miembros, sino que son acontecimientos multidimensionales que comprometen tanto el ámbito individual o singular, el colectivo o particular y el estructural o general. Y no solo porque

afecta de múltiples maneras estos tres ámbitos, sino porque también los tres ámbitos las determinan en su existencia y comportamiento.

Relatos

Al caer de la tarde, el médico también comenzó a toser.

El médico y profesor, Francesco Mainetti decidió salir de su casa esta mañana para inspeccionar la situación de la ciudad. Una peste, que había entrado al país por los puertos del sur, estaba atacando la ciudad. Vistió entonces su casaca negra, larga, de satín, sus guantes negros y gruesos, y su máscara con vísceras en la zona de los ojos y con pico de pájaro, y salió a la calle, no sin antes asegurarse de que no le quedaba ninguna parte de su cuerpo al descubierto.

Mientras se vestía y bajaba las escaleras, que conducían desde el segundo piso hasta el portón de su casa, su mente, casi mecánicamente, repasaba la situación: recordaba que unos pocos meses atrás había escuchado los comentarios de un grupo de comerciantes procedentes del sur, quienes contaban que una mortífera peste había llegado al puerto Mediterráneo de Mesina, a bordo de un barco mercante procedente del Oriente y que una buena parte de los miembros de su tripulación venía enferma y,

otros, ya eran cadáveres. Al parecer, según el relato de esos comerciantes, la enfermedad se había estado esparciendo por varios años desde los desiertos de Gobi, ubicados en el Lejano Oriente, a través de la Ruta de la Seda, y había llegado hasta Caffa y Constantinopla, en donde, posiblemente, la contrajeron los comerciantes italianos que viajaban en el mencionado barco. Desde Mesina, la peste comenzó a extenderse hacia el centro y el norte del país siguiendo a quienes huían del puerto por miedo a la enfermedad, a la muerte y a los comerciantes que viajaban para negociar y vender sus valiosas mercaderías traídas del Oriente.

Mainetti, bajando lentamente, escalón por escalón, hacía el inventario de la situación: habían pasado más o menos tres semanas desde que la peste había llegado a la ciudad, antigua capital del Imperio Romano, y la mortandad iba en aumento. Cada vez más personas de diversa calaña, hombres y mujeres, sacerdotes y pecadores, ladrones y hombres justos, gobernantes y gente del pueblo raso, caían todos, sin distinciones, bajo las garras de la muerte, con sus cuerpos llenos de manchas negras, bubones inflamados y repletos de cólera debajo de las axilas y en las ingles; o presos de una tos mortal e incontrolable que los ahogaba debido a la excesiva cantidad de sangre y flema que expulsaban por la boca y por la nariz; y, unos pocos, morían rápidamente calcinados por una calentura febril que les hacía perder la lucidez y, que, velozmente se los llevaba de este mundo.

Los sacerdotes, desde el púlpito, acusaban a los pobladores como culpables de la pestilencia por su comportamiento pecaminoso e insistían en que el mal era el resultado de un castigo de Dios. Otros, más fanáticos, acusaban a los judíos de ser culpables del castigo divino por haber crucificado a Jesucristo o por envenenar el agua de la ciudad. Por su parte, los versados astrólogos, explicaban que la conjunción astral que se había presentado en el cielo durante ese mes de agosto: la alineación de tres astros calientes, Saturno, Marte y Venus, y dos de ellos, Saturno y Marte, además violentos y agresivos, había aumentado el calor de ese verano y la agresividad del contagio, generando una “constitución epidémica”.

Paralelamente, los médicos afirmaban que las abundantes lluvias del final del estío habían dejado muchas zonas fangosas que originaban miasmas, partículas pútridas que surgían de la tierra fangosa y podrida. Se hablaba pues de una “corrupción e inficción del aire”, que degeneraba en “miasmas venenosísimos” y “pegajosos” que por inhalación o por contacto penetraban por los poros y por el aliento, atacando las partes líquidas del cuerpo y produciendo el aumento del humor sangre y de la “materia pecans” o “putrefacta”, que generaba la aparición del pus y la podredumbre de la carne. Dichos miasmas mataban a casi todo humano que hubiera sido atacado por ellos.

Pero Mainetti constataba que ninguna de estas explicaciones había servido hasta ahora para conjurar el mal. El comportamiento asesino de la peste no cedía ante ninguna de las acciones y las recomendaciones de quienes intentaban explicarla y combatirla. La lógica de comportamiento del mal tampoco correspondía con

lo predicado por la medicina desde siglos atrás. Estaba terminando el verano y comenzando el otoño en la ciudad y, de acuerdo con el saber médico, en esa época del año, lluviosa y cálida, deberían enfermar y, si por acaso, morir, los sanguíneos, debido al predominio del humor sangre en su constitución, es decir aquellos que eran calientes y húmedos. Pero, pensaba Mainetti, “lo raro era que se estaban muriendo por montones tanto los sanguíneos, como los flemáticos, los coléricos y los atrabiliarios o melancólicos. ¿A dónde nos irá a llevar esta calamidad?”, mascullaba el médico entre dientes al bajar el último escalón de su casa, que lo estaba poniendo ya al borde de la calle, la Vía del Fume, y que lo conduciría por las riberas del Tiber.

Al atravesar el portón de su casa, Mainetti encontró que las calles estaban casi desiertas. Solo se veían pasar, de vez en cuando, algunas manadas de ratas o uno que otro animal: perros, vacas, ovejas o caballos, sueltos y deambulando solos por las “vías”, pues sus dueños habían muerto o estaban gravemente enfermos. Pero, lo que más le llamaba la atención eran las manadas de gatos que deambulaban por las calles, por los tejados y por los umbrales de los muros. “Tal vez la muerte de sus dueños, el aumento de las ratas y el hambre, los había lanzado a las calles”, pensó Mainetti.

Una buena parte de los habitantes de la ciudad estaba encerrada en sus casas por miedo a la peste o por que las autoridades del ayuntamiento los habían obligado a encerrarse, tal vez porque que tenían fiebre o síntomas leves, o porque alguno de sus familiares o allegados se había apestado. Otros más, se habían escapado de la ciudad buscando sitios más salubres para pasar la epidemia. Y, los más ricos, se habían ido a sus casas de campo, en las afueras de la ciudad, con familiares o amigos, para sentirse fuera de peligro, aunque no siempre resultara así.

Aun así, la mortandad continuaba en aumento. Para enfrentar la epidemia, la Junta de Sanidad provisional que el Ayuntamiento de la ciudad había organizado, siguiendo el ejemplo de otras ciudades, como Venecia y Florencia, y algunas aldeas de la región, había dispuesto una cuarentena total en la ciudad y en los puertos cercanos, exigiendo a las personas que se quedaran en sus casas y que cerraran las ventanas, para que los miasmas no penetraran en las habitaciones. Además de drenar los pantanos y empedrar y adoquinar las calles, para prevenir que se formaran lodazales con la tierra, el agua y el pasar de los caminantes, los caballos y las carretas, la Junta se estaba ocupando de recoger y enterrar a los muertos en cementerios improvisados para los apestados, lejos de la ciudad. Esto, para evitar la aglomeración de cuerpos en descomposición en las iglesias, pues era costumbre enterrar a los cadáveres de los notables en mausoleos en las catedrales y, a los de los pobres, en los bajos y en las catacumbas de las iglesias parroquiales. Igualmente, la Junta había organizado unos hospicios o lazaretos provisionales para aislar a los enfermos. Pero los contagiados eran tantos que a veces era necesario encerrar a los enfermos en sus propias casas, sobre todo cuando muchos miembros de la familia estaban contagiados. Los oficiales de sanidad de la Junta sellaban entonces las ventanas y puertas de las casas con tablas de madera clavadas desde afuera, dejando a los enfermos abandonados a su propia suerte.

En la medida en que Mainetti avanzaba por las orillas del Tiber, notó que, aunque en la ciudad uno podía encontrarse ocasionalmente con alguna rata muerta en las calles y en las aceras, ese día había bastantes cadáveres ratunos en casi todos los sitios por donde iba pasando. Se preguntó sí: ¿sería que a las ratas también las estaba atacando la peste? Pero no quiso detenerse a mirarlas con cuidado por miedo a que su intuición pudiera ser cierta y llegara a contagiarse. En ese momento sintió hambre pues no había tomado su merienda matutina, pero no pudo hacer nada pues todos los locales de venta de víveres y los ventorrillos callejeros que normalmente abundaban en la ciudad estaban cerrados o habían desaparecido.

Al bajar por las riberas del río, que atravesaba toda la ciudad, Mainetti iba encontrando cadáveres a lado y lado de la vía, abandonados a su suerte y a los mordiscos de los gallinazos y buitres, que volaban despavoridos en bandada y levantando una polvareda cuando el transeúnte pasaba por su lado. En la medida en que el médico descendía hacía el sur de la ciudad, bordeando el río, el hedor fue aumentando y se fue haciendo insoportable, a pesar de que antes de salir de casa había tomado la ya cotidiana precaución de rellenar con esencias florales el pico de pájaro de su máscara.

De pronto, al doblar una esquina, se encontró a un hombre joven, de unos treinta años, sentado en un banco de madera cerca del río, que tosía inmisericordemente y que expulsaba abundante flema, purulenta y sanguinolenta, por la boca. No podía caminar pues, la dificultad para respirar se lo impedía. Su tez estaba rubicunda y caliente, las aletas de la nariz se le levantaban con fuerza y con abundante frecuencia. La tos y la afonía, casi no lo dejaban hablar.

Interrogado por Mainetti, el hombre en cuestión le contó con mucha dificultad, debido a la fuerte tos, que el mal le había atacado de un momento a otro, unas horas después de haber ayudado en la calle a un moribundo que tosía, igual que él lo estaba haciendo ahora. Ante la gravedad de la situación, Mainetti llamó a unos gendarmes que cuidaban la puerta de un palacete cercano para que trasladaran con urgencia al joven hombre al hospicio de cuarentena recién instalado por la Junta de Sanidad al otro lado del río, en un lugar contrario a los vientos que llegaban a la ciudad, para evitar más contagios. Unas horas después, ya en el hospicio, el hombre murió asfixiado y expulsando sangre por la boca. Al caer de la tarde, el médico también comenzó a toser.

La “Peste Blanca” y la consulta hospitalaria: un camino sin regreso

A las puertas del Hôtel Dieu, el más antiguo hospital parisino, situado en la orilla izquierda de la Île de la Cité, diagonal a la Catedral de Notre-Dame, llegó esa mañana Charlotte, una hermosa mujer de 35 años, aunque ya muy enflaquecida, con tos severa y fatiga y que, a la madrugada, había presentado un vómito de sangre, después de un acceso de tos fuerte. Su médico de cabecera, quien la estimaba mucho y todavía le prestaba sus servicios a pesar de que sabía que ya poco o nada podía hacer por ella, había acudido esa mañana muy temprano al piso de la joven, atendiendo al llamado de Louise, el “ama de llaves” de Charlotte, que también hacía las veces de “dama de compañía”. Al evaluar la situación de la joven, el médico, tratando de no poner una cara larga, le había recomendado que se fuera al Hôtel Dieu, donde había médicos más sabios que él, pues el caso se salía ya de sus manos.

Charlotte llegó al Hospital acompañada Louise, quien le ayudaba desde hacía varios años, cuando se pasó a vivir al piso que el Barón le había puesto en la segunda planta de un edificio en la Avenue de la Motte Picquet. Antes de salir de casa, la joven había buscado en el fondo de alguno de sus baúles, unas pocas monedas que aún le quedaban y que apenas sí le habían alcanzado para pagar al cochero que las había acercado hasta el Hospital. Caminando por sus propios medios les habría sido imposible llegar hasta allí, debido al estado de postración en que Charlotte se encontraba. De todas formas, la joven no se preocupaba ya por la falta de dinero pues, teniendo en cuenta la situación de salud en la que se encontraba, estaba casi segura de que ya no iba a necesitarlo más. Por otro lado, el estado de tristeza por el que estaba atravesando no le dejaba de donde sacar ánimos para pensar en su recuperación: su verdadero amor, después de batirse en duelo con el Barón, a quien hirió casi de muerte, había viajado al sur del continente y nunca más había regresado, ni había vuelto a saber nada de él. Su vida ya no tenía mucho sentido.

Al cruzar el majestuoso portón del Hôtel Dieu, fue recibida y conducida por el Conserje del imponente edificio hacia una habitación cercana a la puerta, en donde había dos sillas, una camilla y una mesa con algunos instrumentos médicos. El Conserje invitó a ambas mujeres a que se sentaran cómodamente y esperaran, hasta que los médicos se desocuparan del cuidado de otros pacientes, y pudieran llegar a atenderlas. Mientras esperaban, Charlotte repasaba su vida: era una campesina que había nacido en una pequeña granja, cerca de una villa, en las afueras de París. En vista de las malas condiciones económicas de la familia, ella, la mayor de sus hermanas y hermanos, había tomado la decisión de trasladarse a vivir a la “esplendorosa” y “luminosa” Capital, conocida por eso, con el mote de “La Ciudad Luz”; pero, también, por el florecimiento en ella de la cul-

tura y las formas de vida burguesas, hijas de la Ilustración y de la Revolución de 1789. Le había sido muy difícil en un principio conseguir algún tipo de trabajo que le permitiera enviar algunas remesas de dinero para su familia en el campo. Como campesina que era, no sabía hacer nada, más allá de los oficios domésticos y de labrar la tierra. Por eso, en un principio había colaborado en algunas casas de aristócratas, caídos en desgracia por causa de la Revolución; después, se había ocupado como ayudante en un ventorrillo callejero de frutas y, luego, como vendedora en una floristería, ubicado en una esquina de la calle d'Antin. Fue allí donde conoció al Barón Bosquet, quien un día se acercó a comprar flores y que quedó prendado a primera vista de su belleza: sus grandes ojos de un azul profundo, su cabellera larga, rubia y lisa que le caía por los hombros hacia el pecho, resaltando sus dos jóvenes, pero firmes senos, y que le cubría buena parte de la espalda, así como, sus labios delgados y sensuales que enmarcaban dos hileras de bien ordenados dientes blancos.

A los dos días, el Barón había regresado con el pretexto de comprar más flores, y la invitó a cenar en el elegante Café-Restaurante Le Procope, situado en la rue de la Comédie, después de que terminara su trabajo. Allí, en ese deslumbrante lugar, en el que nunca había imaginado que podría llegar a entrar, se inició un romance que terminó convirtiéndola en una "cortesana" más, al servicio de los deseos y la lujuria del Barón. Después descubrió que esa era una práctica muy común de los hombres aristócratas, que ya no tenían a su servicio los grandes salones de los palacios de la Aristocracia ni de la Realeza de antaño. No obstante, era la época del reinado de Luis Felipe, el "rey burgués", que había accedido al trono después de la Revolución de 1830, con el respaldo de la alta burguesía bancaria e industrial, consolidada con la Revolución de 1789 y con el bonapartismo. En esas condiciones, la vieja Aristocracia había logrado recuperar pues algunas de sus antiguas prebendas, entremezclándose con la naciente Burguesía.

A partir de entonces, recordaba Charlotte, su existencia se había fundido en el torbellino de la exuberante y turbulenta vida parisina. El piso que el Barón le había instalado, así como los de muchas otras "cortesanas" al servicio de otros barones, se había convertido en lugar de frecuentes fiestas, bailes y celebraciones, a las que acudían viejos aristócratas con sus amantes, pero, también jóvenes burgueses en búsqueda de una que otra "dama" desprevenida y sin pareja fija, para convertirla también en su amante.

A Charlotte le llegó entonces a la memoria el recuerdo de que, cuando vivía al servicio del Barón, solía acompañarlo al teatro y a la ópera y había aprendido a degustar la música. En ese momento se le vino a la mente la representación del ballet Manon Lescaut, de Jacques-François Halévy, al que había asistido recientemente y que le había hecho recordar su propia vida. Casi siempre, después de asistir a esos espectáculos, todos los amigos del círculo social del barón se encontraban en el piso de ella y comían, bailaban y bebían hasta el amanecer. Fue precisamente a consecuencia de esa vida que Charlotte comenzó a sentirse enferma y tuvo que viajar por varias semanas a un hotel "sanatorio de alta montaña", con el apoyo del Barón, para reponerse con la ayuda de los aires puros, las caminadas diarias al aire libre, la buena alimentación, el reposo y el sueño,

prácticas todas muy recomendadas por los médicos, así como la veda del vino, de la champaña y de la actividad sexual desenfrenada y desordenada.

Fue en una fiesta en su “piso”, después de su regreso del sanatorio, que conoció a Alexandre, un joven burgués quien le declaró su amor y la convenció de que se fuera a vivir con él en el campo, a las afueras de la Gran Ciudad, para que terminara su recuperación.

Pero, aunque lo intentaron por un tiempo, la vida, las costumbres sociales y la doble moral predominantes en la sociedad francesa de la Belle Époque, hacían socialmente incompatible que un joven de buena clase viviera amancebado con una campesina prostituta, por más bella que fuera.

La demora de la llegada de los médicos a atender la consulta, llevó a Charlotte a otras cavilaciones. Recordaba que había aprendido a leer y a escribir mientras ejecutaba el oficio de vendedora de flores. Le gustaba leer novelas. Se había ido impregnando del espíritu del romanticismo que embargaba la vida burguesa de la ciudad. Le encantaban aquellas que se relacionaban con la vida de las mujeres, sobre todo, de las mujeres como ella, como “La Nueva Eloísa” de Rousseau; la “Marion Lorne” de Víctor Hugo, la “Bernerette” de Musset, pero, sobre todo, la “Manon Lescaut”, escrita por el Abate Prevost y publicada en 1791. Este era uno de sus libros de cabecera, al que volvía frecuentemente. Era la historia de una prostituta como ella, aunque prostituta de “alta costura”, como llamaban en su época a las cortesanas, enamorada de un joven y apuesto burgués, el Caballero Des Gries, que había sido desterrada de Francia por haberle robado unas joyas al aristócrata que la mantenía, para irse a vivir con su joven amante y que moría de consunción ptísica en un desierto de la América francesa, acompañada de él, que la había seguido al destierro. Precisamente, ese libro se lo había regalado su propio amante, Alexandre. En sus lecturas había aprendido mucho, pues, de la “Peste Blanca”, así como de la condición de las mujeres en su siglo. Pero también se había enterado de los pormenores de esa enfermedad por las pláticas con su médico de cabecera y de las conferencias y enseñanzas que había recibido en el “sanatorio de alta montaña”.

Había comprendido que el siglo XIX era el tiempo del reinado de la “Ptisis” o “Peste Blanca”, también conocida como la “Gran Plaga Blanca”. Y que, aunque desde siempre esa enfermedad había existido en Europa, atacando especialmente a los habitantes del campo, en el siglo anterior y en los comienzos del presente, como consecuencia del florecimiento de la industria urbana mecanizada por la máquina de vapor, esta dolencia había venido en aumento en las ciudades del continente y de la nación. Esto se había agravado con el flujo constante y creciente de gentes que, desde el campo llegaban a las ciudades en busca de trabajo en las industrias y, en Francia, por ser esta un centro de paso de comerciantes que viajaban de un lugar a otro de Europa y pernoctaban en sus ciudades. El crecimiento de la población de las ciudades y su hacinamiento en inquilinatos de mala muerte, parecía haber influido en el aumento de la presencia de la Ptisis en París, la cual

había afectado, no solamente a los trabajadores y a los habitantes de las barriadas pobres, sino también a los burgueses y aristócratas.

Sabía también que el aumento del número de casos, cada vez más hacía que los médicos la entendieran como una epidemia, pero sus manifestaciones eran distintas a las de otras epidemias: sus síntomas no eran de aparición aguda, ni florida o exuberante, como en otras epidemias, no. Y, por eso, los galenos se confundían. Esos síntomas se iban instalando lentamente, poco a poco, progresivamente, consumiéndola a la persona y llevándola, a través del tiempo, inexorablemente hasta la muerte. Por eso se la conocía, desde los tiempos de la Grecia Antigua, con el nombre de "Ptisis", que significaba "consumción". Pero no se conocía su causa a ciencia cierta. Debido a la palidez que los enfermos presentaban, los médicos actuales le daban el nombre de "Peste Blanca", para diferenciarla de la "Muerte o Peste Negra" medieval.

Su médico le había contado también, que desde tiempo atrás, desde la Grecia Antigua, los médicos habían dicho que los tísicos eran flemáticos, es decir, fríos y húmedos, pues la flema, humor que en ellos estaba exacerbado, era un compuesto de aire y agua. Mientras los sanguíneos tenían exaltada la libido, por el calor y la humedad que predominaba en ellos, debido al exceso de sangre, compuesta de agua y fuego, y expresaban sus deseos libidinales impulsiva y abiertamente y sin tapujos, siendo muy dulces y tiernos, los flemáticos tenían un comportamiento más sensual, pero más reservado, y podían expresar gran pasión, pero en la intimidad. Eso los hacía más atractivos para aquellos del sexo contrario, debido a esa sensualidad que se manifestaba en sus cuerpos por no poder liberar la flema acumulada, haciéndola concentrar en los pulmones. Pero esa acumulación, cuando no se podía liberar, era la que terminaba causando la Ptisis pulmonar.

De igual manera, su médico le había dicho que ya en el siglo XVII, pero sobre todo en el XVIII y en esa primera mitad del Siglo XIX, los médicos habían planteado que la vida licenciosa, las fiestas y los bailes hasta altas horas de la noche, la falta de sueño nocturno y el exceso de champaña y de vino, podrían causar la acumulación de flema que producía la enfermedad. Por eso recomendaban a sus pacientes burgueses y aristócratas que presentaban indicios de Ptisis, que moderaran y, ojalá, abandonaran esa forma de vida. Sin embargo, comentaba su médico que, algunos como el joven Doctor Villemin, a partir de algunos experimentos que estaba realizando, inyectándole a animales el material caseoso que encontraba en los pulmones de los cadáveres de tísicos autopsiados, había comenzado a insistir en que la enfermedad podría ser contagiosa, pero eso aún no estaba del todo comprobado.

Por otra parte, en las fiestas y reuniones sociales se rumoraba que, recientemente, el médico y cirujano Xavier Bichat, que trabajaba precisamente en el Hôtel Dieu, haciendo muchas autopsias en cadáveres de pacientes tísicos, había descubierto que, en las Ptisis de origen pulmonar, este órgano se encontraba plagado de pequeños tubérculos y, por eso había comenzado a diferenciar esas Ptisis Tuberculosas del resto de las ptisis conocidas.

Recopilando todo eso del “viejo baúl de sus recuerdos”, con mucho esfuerzo, debido a sus condiciones de debilidad y obnubilación por el estado en que se encontraba, Charlotte recordó que había sido después de su separación de Alexandre, que su salud se había desmejorado mucho, sobre todo, porque había tenido que regresar a su antigua vida de cortesana, al lado del Barón, para asegurar su supervivencia. Llevaba ya dos años tosiendo seguido; a veces, al toser, dejaba un hilillo de sangre rutilante en el pequeño pañuelo que utilizaba. Había venido bajando de peso en los últimos seis meses y sentía algo de asfixia cuando bailaba con sus amigos hasta altas horas de la noche, lo que le obligaba a sentarse y reposar un poco, y limpiarse el “sensual” hilillo de sangre que quedaba en su pañuelo después de toser. Pero, ahora, ya casi no podía bailar sin ahogarse. Pensaba, para sus adentros, todo lo que tendría que contarles a los médicos cuando llegaran a verla, para que se pusieran al día con la situación actual de su enfermedad.

Pero, de pronto, bruscamente, sus pensamientos la volvieron a traer a la actualidad e hizo conciencia de que últimamente, se encontraba en malas condiciones económicas pues, al verla tan enferma, el Barón que la mantenía y que le había puesto el “piso” en la Avenue de la Motte Picquet, en donde celebraban sus fiestas, la había amenazado con abandonarla y retirar el apoyo económico, si no buscaba ayuda médica”. Si esto llegara a ocurrir, entonces no tendría ni con qué comprar comida. Al sentirse muy mal y sin fuerzas, esta mañana le había pedido a su ama de llaves, la única “amiga” que ahora la acompañaba, que la llevara hasta la puerta del Hospital.

Después de unos “largos minutos”, durante los cuales Charlotte había alcanzado a repasar su vida, entró en aquella habitación del Hospital el Dr. Renán, Jefe del Pabellón de Medicina de Mujeres, acompañado de tres ayudantes y varios aprendices. El médico la saludó cordialmente, al recordar que un año antes la había atendido en su consulta particular y le había recomendado el viaje al “sanatorio” en las altas montañas. Pero no tuvo necesidad de preguntarle qué le pasaba porque el aspecto de la paciente y la tos permitían adivinar, desde ya, el diagnóstico. La mujer, pensaba el médico, que parecía tener un origen campesino, todavía conservaba en su rostro las huellas de la juventud. Tenía ojos grandes de un azul profundo, pestañas largas, nariz fina, cabello rubio, labios delgados y sensuales.

En su aliento, notaba el médico, que aún persistía el olor de la champaña que seguramente había bebido la noche anterior hasta la madrugada. Por su parte, la leve mancha de sudor ya vieja y seca que se dejaba traslucir en su traje en la región de las axilas y su aspecto cansado, permitían adivinar que muchas veces había usado ese traje para bailar hasta altas horas de la madrugada, incluyendo, posiblemente, la noche anterior, a pesar de su mal estado. Estaba vestida con ropas costosas que dejaban ver que vivía una vida festiva y que, en algún momento, no muy lejano, había sido apoyada económicamente por algún personaje de la alta sociedad parisina.

El Dr. Renán tomó de la mesita contigua un pequeño tubo de madera de unos veinte centímetros de largo y colocó un extremo sobre el pecho de la paciente y acercó su oído derecho al otro extremo del tubo. Después de escuchar con cuidado en varios sitios del pecho, pasó el tubo a sus ayudantes y aprendices, y palpó el tórax de la paciente, impulsándolos a hacer lo mismo y diciéndoles: “A la auscultación se escucha broncofonía y pectoriloquia en la base del pulmón derecho que indica hepatización y consolidación del lóbulo inferior del pulmón. Hay además una ausencia del murmullo vesicular en la región central del pulmón derecho. A la palpación del tórax también se perciben aumentadas las vibraciones llamadas frémito vocal, en la región central media del pulmón derecho cuando la paciente respira y habla, que expresa la presencia de una lesión cavernomatosa del lóbulo medio derecho”. Luego el Dr. Renán percutió el tórax de la paciente y comentó “escuchen como hay una zona grande de matidez en la base del tórax derecho y un timpanismo en la región central del mismo lado, que coinciden con los hallazgos auscultatorios. El vértice del tórax derecho y todo el vértice del tórax izquierdo son levemente resonantes a la percusión. Pero toda la base del tórax izquierda se ausculta llena de estertores de pequeña y mediana burbuja que nos hablan de un proceso purulento superpuesto y más reciente. Esta paciente tiene una tisis tuberculosa pulmonar crónica, con una hepatización de la base derecha y una lesión cavernomatosa en el lóbulo medio derecho, complicada con un proceso purulento agudo superpuesto. Posiblemente, una perineumonía”.

La paciente fue ingresada al Hospital, de donde ya no volvió a salir. Estuvo allí hospitalizada durante dos semanas más. Su estado general empeoró rápidamente, la disnea fue aumentando progresiva, pero rápidamente. Comenzó a presentar picos febriles altos y prolongados y la hemoptisis continuó en aumento. Los últimos días de la última semana, ya no podía dormir debido a la asfixia y la tos. La última noche presentó una gran asfixia, acompañada de excitación mental, durante la cual llamaba frenéticamente a un Alexandre, diciéndole que lo amaba, que regresara, e insultando a un tal Barón Bosquet, adjudicándole su suerte. Después de una fuerte y prolongada hemoptisis, la joven paciente falleció.

En la mañana, el cuerpo de la joven fue trasladado a la Morgue del Hôtel Dieu. No había nadie a quien avisarle de su deceso. La criada que la había acompañado hasta la puerta del Hospital, no había vuelto a aparecer por allí. Los funcionarios del Hospital intentaron localizar al tal Barón Bosquet, pero, aunque dieron con su paradero al día siguiente, mientras se paseaba con su esposa por el Jardín de las Tullerías, se hizo el desentendido, diciendo que él no conocía a ninguna joven con la descripción y el nombre que le mencionaban.

El segundo día, después de su fallecimiento, el Dr. Renán y sus practicantes le realizaron la autopsia a la joven “cortesana”. Al abrir el hermoso tórax encontraron que ambos pulmones estaban plagados de pequeños tubérculos blancuzcos. El pulmón derecho tenía, efectivamente, una gran lesión cavernomatosa del lóbulo medio parcialmente vacía, pues se encontró un poco de líquido espeso blancuzco, que drenaba desde los bronquios rotos hacia la caverna. El lóbulo inferior derecho mostraba un tejido hepatizado, pero ya en fase de

resolución hacia lesiones abscedadas. Al cortar el parénquima pulmonar con el escalpelo, el pus drenaba de los bronquiolos y desde el parénquima hacia afuera, prácticamente en todo el pulmón, pero más abundantemente del lóbulo inferior izquierdo. El corazón se encontró muy dilatado y con paredes gruesas. Los demás hallazgos de la autopsia, fuera del edema marcado de los miembros inferiores, fueron negativos.

Al finalizar el procedimiento, el Dr. Renán comentó a sus alumnos y practicantes: “es una pena que una chica tan joven y tan hermosa haya sido otra nueva víctima de esta desdichada epidemia de ‘Peste Blanca’ que viene acechando a Europa desde hace tantos años y que en este siglo se ha recrudecido mucho más. Hemos aprendido mucho sobre las enfermedades en estos últimos años, desde que un gran profesor nos enseñara que estas no eran simplemente conjuntos de síntomas o desequilibrios humorales, sino lesiones en los órganos, que se nos presentaban a través de sus signos físicos. Por eso, desde la primera consulta de esta joven, el día que llegó al Hôtel Dieu, pudimos identificar, semiológicamente, la presencia en ella de estas lesiones que encontramos hoy en la autopsia, y pronosticar su muerte temprana. Pero, al igual que otros colegas de otras épocas remotas y cercanas, ante pestes desconocidas, nos sentimos igual que ellos, con un conocimiento clínico de la enfermedad, aunque diferente en cada época, pero sin la capacidad de descubrir sus causas directas para poder actuar sobre los pacientes y salvarlos de la muerte. Algún día la medicina podrá llegar a conocer las causas de las enfermedades humanas o, al menos, de algunas de ellas. Pero, no se hagan muchas ilusiones porque, seguramente, en los siglos posteriores llegarán nuevas pestes que harán sentir a los médicos futuros tan desvalidos ante las nuevas pestes como nos estamos sintiendo nosotros hoy. Esa es la fatalidad de todos los que tomamos el camino de enfrentarnos a la muerte. Muchas veces lo logramos momentáneamente, pero, al final es una lucha que llevamos perdida”.

Meses más tarde, el Dr. Renán se chuzó la mano con un escalpelo durante la autopsia de un ptísico, se contaminó así de la ‘Peste Blanca’ y murió. Antes de su muerte, el Dr. Renán insistía a sus colegas y alumnos, “me he infectado; cuidado con las disecciones de cadáveres que han muerto de tisis, porque la tisis es contagiosa”. Comentaban después en las calles algunos de los allegados a Alexandre, que un día de marzo de 1847, el amante de Charlotte, que recién regresaba de su viaje del sur, al pasar por la calle Laffitte, vio un gran cartel amarillo que anunciaba una subasta de muebles y valiosos objetos para coleccionistas. El cartel decía que la subasta se llevaría a cabo en la Avenue de la Motte Picquet, número 6, el día 16, pero que durante los días 13 y 14, se podría visitar el apartamento para ver los muebles. Alexandre comprendió perfectamente de qué se trataba, no sin sentir un corrientazo en su espada, y al día siguiente se encaminó hacia al lugar anunciado. Al llegar allí, se dirigió al cuarto principal de Charlotte y, en el cajón de su mesa de noche, encontró el diario-correspondencia que ella había escrito todos los días, en forma de cartas cotidianas dirigidas a él, y en donde le iba contando, día por día el avance de sus dolencias, sus sentimientos y tristezas, así como sus ansias y deseos amorosos por su pronto regreso, hasta el día en que se fue al Hospital. Con este diario en su bolsillo, sin fijarse ni ocuparse de nada más, Alexandre abandonó el lugar, con los ojos encharcados.

¡¡La abuelita cumple años!! La sindemia del neoliberalismo

Era sábado, 22 de mayo de 2021. La señora Esmeralda, a quien sus nietos la llamaban cariñosamente “la abuelita Lalda”, estaba de cumpleaños. Ella nunca decía cuántos cumplía cada año, pero sus hijas le llevaban la cuenta en secreto: eran ya 75, pues había nacido en 1946, unos meses después de terminada la Segunda Guerra Mundial. Su hijo mayor y sus dos hijas más, le habían anunciado una visita para ese sábado con los dos nietos y las tres nietas, para almorzar juntos y partir una torta en familia. Esmeralda estaba muy feliz porque hacía ya más de seis meses que no veía a sus nietos, debido a la pandemia de COVID-19 que estaba azotando a la ciudad y al mundo. “Seguro que habrán crecido mucho durante esos meses y que estarán más despiertos y desarrollados”, pensaba.

Y era que la pandemia ya llevaba atacando a los colombianos durante un año. Los primeros casos se habían presentado en China, durante los últimos meses de 2019, en una lejana y desconocida ciudad. Desde allí, la epidemia inicial comenzó a esparcirse a los países asiáticos, a los europeos y, finalmente a los Estados Unidos y a todo el continente americano, de tal forma que, para marzo de 2020, y según los reportes de la Organización Mundial de la Salud que aparecían en los telediarios, el fenómeno se había convertido ya en una pandemia global

La abuelita “Lalda” recordaba que el primer caso que había llegado a Colombia, entró por Cartagena, el 19 de abril del 2020, es decir, hacía ya un año y un mes. El virus arribó con una ciudadana colombiana que venía de Roma, donde la epidemia estaba gravísima. A los pocos días, las urbes colombianas, una tras otra, habían decretado la cuarentena y el cierre de las vías de entrada marítimas, aéreas y terrestres, tratando, en una primera instancia, de evitar la propagación del virus. Por varios meses se intentaron tanto los cierres totales como los cierres parciales, por zonas, escalonados, pero poco se pudo frenar la expansión de la pandemia; después, se intentó la reapertura de las ciudades para favorecer el comercio y la economía, pues las cuarentenas y el cierre de los establecimientos públicos habían alterado la vida económica urbana, pero también la de los campos, pues el transporte de alimentos y bienes de consumo hacia las ciudades del interior se había visto afectado, pero nada de esto valió. La invención de “el día sin IVA” y de otras promociones más, para reanimar un comercio moribundo, lanzó a las gentes a las calles y a los grandes almacenes de cadena, en busca de artículos de consumo y de electrodomésticos rebajados de precio, hecho que a los pocos días produjo un nuevo pico del brote pandémico en el país.

La abuelita “Lalda”, mujer cariñosa, amorosa y humana, había estudiado Sociología en la Universidad Nacional de Colombia y se había graduado al final de la década de los 70s. Es decir, que era hija intelectual de la Revolución de mayo de 1968 y de los movimientos estudiantiles colombianos de 1971. Una época en la que los estudiantes colombianos comenzaron a pensar que la Universidad debería conectarse con los problemas y con los contextos políticos, económicos y sociales del país. Luego había estudiado, en esa misma Universidad, algunos cursos complementarios de economía política.

Era viuda, pues su esposo había muerto de un infarto hacía ya dos años, y estaba jubilada, pues había trabajado como docente universitaria durante muchos años en varias de las universidades estatales de la ciudad. Últimamente, y para mantenerse intelectualmente activa y, como ella decía, “para prevenir el Alzheimer”, había continuado dictando un curso de Historia y Sociología de la Salud en el siglo XX, en una universidad privada, curso que, en este momento continuaba ofreciendo en modalidad remota, vía Zoom, desde su apartamento. Su esposo, aunque había cursado una especialidad en epidemiología, se había desempeñado como médico general en el Instituto de los Seguros Sociales durante casi toda su vida y, por eso, ella tenía cierta cercanía e interés en los asuntos relacionados con la salud pública.

“Lalda” era muy buena lectora. Por su sesgo sociológico y económico-político, siempre le habían interesado mucho los problemas de actualidad: los procesos y movimientos sociales, las políticas públicas, la economía política, la diplomacia y las relaciones internacionales. Últimamente, y tal vez como una forma de mantener presente el recuerdo de su fallecido esposo, a quien tanto había amado, se había comenzado a interesar, sobre todo, en lo relacionado con las políticas de salud, temática central de su curso universitario actual, especialmente estimulada por la crisis de los servicios y sistemas nacionales de salud y de seguridad social, a consecuencia de la pandemia de COVID-19. Le inquietaba mucho el hecho de que los servicios de salud se estuvieran progresivamente privatizando y dependiendo del aseguramiento pre-pagado privado, como estrategia del modelo político y económico neoliberal, para quitarle de encima esos gastos al Estado. Para ella, “la pandemia estaba haciendo evidente la inequidad de un sistema de salud en el que, quien más tiene, más puede pagar un seguro de salud que le cubre más servicios y, el que tiene menos, debe contentarse con uno que le cubre menos servicios. Y, el que no tiene trabajo, simplemente, se queda sin nada”. Esta temática se había vuelto central en su curso.

Como vivía sola, dedicaba mucho tiempo a leer. Los artículos de prensa y de revistas sobre acontecimientos mundiales y nacionales relacionados con las movilizaciones sociales que habían ocurrido en durante 2019, como la de los “chalecos amarillos” en Francia, las de jóvenes en España, las protestas en los Estados Unidos en contra de la política migratoria, la xenofobia y el maltrato a la mujeres, y los procesos de desplazamiento y emigración que estaban angustiando al mundo, pasaban cotidianamente por su escritorio y por la mesa que tenía al lado de su silla preferida, en donde se sentaba a leer, alternando con los noticieros extranjeros de

televisión y con su clase de la universidad. Lo mismo ocurría con los artículos de prensa relacionados con los movimientos y protestas populares que habían ocurrido en Chile, Argentina, Ecuador, Perú, Brasil y Colombia, en los últimos meses antes de que se iniciara la pandemia, en los que la problemática de los sistemas de salud y la salud como “derecho universal”, ligado al “derecho a la vida”, hacía parte fundamental. La abuela “Lalda” estaba cada vez más convencida de que todo esto era expresión de la crisis del modelo neoliberal imperante en el mundo. También mantenía sobre su escritorio algunos textos relacionados con críticas a la Ley 100 y con los intentos posteriores de reforma de dicha Ley.

Así mismo, ocupaban un lugar destacado en su mesa los artículos de prensa publicados durante el conflicto surgido por el interés del gobierno de Juan Manuel Santos y su ministro de Salud, Alejandro Gaviria, por imponer, en 2015, una ley ordinaria para reformar la Ley 100, y el movimiento social alternativo que llevó a la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud. Los leía, y los releía, tratando de desentrañar los motivos que estaban detrás de cada una de las dos propuestas, aunque cada vez le iba quedando más claro que, la primera, era un remozamiento de la apuesta neoliberal de la Ley 100 y que, la segunda, era una amalgama de las propuestas de contestatarias de varios grupos sociales, entre los cuales, los médicos, pretendían salvaguardar su autonomía por encima de todo y, un sector importante, luchaba por entender la salud como un derecho inalienable de los ciudadanos, que debería ser garantizado por el Estado.

“Lalda” tenía una empleada para el servicio doméstico que le ayudaba con las cosas de la casa. Su hijo mayor y sus dos hijas la visitaban periódicamente y, en estos tiempos de pandemia, en los que ella, por la edad, no debía salir al supermercado a hacer las compras, sus hijas le llevaban semanalmente un mercado con todo lo que necesitaba para sobrevivir durante la semana y le ayudaban a limpiarlo. Sin embargo, en la medida que se fue agudizando la pandemia, ella, de común acuerdo con sus dos hijas, decidió que la empleada del servicio no volviera más, al menos por un tiempo, para evitar una contaminación. Sobre todo, porque ella vivía en Suba, una de las localidades de la ciudad que tenía la más alta incidencia de contagios y de muertes por el Coronavirus. Esto la había obligado a ocuparse de las labores hogareñas, que le quitaban mucho tiempo para sus lecturas, pero, de todas formas, se las arreglaba para no abandonar su actividad preferida.

Mientras tanto, la pandemia seguía creciendo y atacando a la ciudad, al país y al mundo entero. La abuela “Lalda”, a partir de sus lecturas y su seguimiento de las noticias cotidianas alarmantes, veía claro “lo inadecuado de las suspensiones temporales de las cuarentenas que pretendían favorecer el comercio y la economía. Igual, la liberación de los controles durante las vacaciones de mediados y de final de año, así como la de la Semana Santa de 2021, que se habían convertido en eventos de grandes aglomeraciones que no respetaron las normas de distanciamiento, del uso del tapabocas y del lavado frecuente de las manos, recomendadas por el gobierno”. Por otra parte, la demora burocrática del Congreso Nacional, de casi dos meses, para aprobar la ley del Plan Nacional de Vacunación en el país, además de su lenta implementación, aumentaron el número

de contagiados y de muertos en cada una de las regiones. En consecuencia, las unidades de cuidado intensivo se fueron progresivamente llenando de pacientes hasta que se repletaron y el sistema de salud entró en crisis y colapsó.

Otros fenómenos, aplazados por la pandemia en sus comienzos, pero que habían vuelto a repuntar, fueron los estallidos de protestas y vandalismo en las distintas ciudades del país, que recordaban las protestas chilenas, brasileñas y francesas. Estas eran las expresiones la furia urbana desatada en el país por la amenaza a la estabilidad económica familiar que representaba el proyecto de Ley de Reforma Tributaria, que infortunadamente estaba impulsando el gobierno y que favorecía al gran capital, así como por la crisis económica desatada por las inequidades propias del régimen financierista dominante y su correlato, el régimen político neoliberal, magnificadas por el hambre y la pérdida masiva de los puestos de trabajo, debidas a la pandemia misma. La crisis se había manifestado en la forma de un gran “Paro Nacional”, durante los últimos días del mes de abril y se agudizaba cada vez más.

Como resultado de sus lecturas más recientes sobre el neoliberalismo, las propuestas de Michel Foucault sobre la Gubernamentalidad, la Biopolítica, y las “tecnologías de gobierno” liberales y neoliberales, y de las de Michel Aglietta y Robert Boyer sobre la Teoría de la Regulación y su explicación de la relación entre los distintos e históricos regímenes de acumulación de capital y los regímenes de representación política, que han garantizado la reproducción social en los diferentes períodos de desarrollo del capitalismo así como la superación de sus crisis, y el rol de la salud y la protección social como mecanismos reguladores de dichas relaciones, la abuela “Lalda” tomaba cada vez mayor conciencia de cómo “en el Estado neoliberal, impulsado por los grandes jeques del capital financiero, se construyó un sistema económico-político que garantizaba la gran concentración del capital en pocas manos, las de los más ricos del mundo, y la descapitalización progresiva de las clases medias y bajas, convirtiéndolos en un número muchísimo más grande de pobres, cada vez muchísimo más pobres” y de qué manera las nuevas políticas de salud y de protección social estaban funcionando, por medio del aseguramiento privado, la regulación del sistema económico-político neoliberal.

Así, la abuela “Lalda” no se asombraba pues al ver las masivas manifestaciones pacíficas de obreros, estudiantes, profesionales de la salud, funcionarios y operarios de las diferentes empresas, que desde hacía un mes fluían como ríos de protesta por las calles de las ciudades colombianas, expresión de rechazo a las contradicciones del modelo neoliberal y a “un gobierno que no resuelve nada”, pues tiene claro, como fiel representante del capital y de la industria financiera, aquello que ya había dicho su antecesor, también neoliberal, Juan Manuel Santos, cuando lanzó el Proceso de Negociación de Paz, al dejar, expresa y públicamente, claro que “lo único que no era negociable era el modelo económico”.

A estas protestas se sumaron una serie de actos violentos nocturnos dedicados a minar la estabilidad nacional y a dañar la infraestructura y otros elementos del funcionamiento de las ciudades, con una desidia y un odio no visto en el país desde los tiempos de “La Violencia”, de mediados del siglo XX. La abuela “Lalda” aun no lograba descifrar si eran acciones de la extrema izquierda para desestabilizar el sistema político-económico del actual gobierno, si eran grupos de disidencias de las extintas FARC que aprovechaban el desorden, si eran bandas de narcotraficantes “pescando en río revuelto”, o eran acciones planeadas desde la extrema derecha, igual para desestabilizar y favorecer decisiones represivas desde el gobierno o desde los altos mandos militares. Todo esto remataba con el desabastecimiento alimentario debido a los bloqueos de las carreteras principales del país y de las vías de entrada a las ciudades, estrategia de presión implementada por las protestas. Como consecuencia, la abuela “Lalda” había comenzado a plantearles a sus estudiantes que toda esta situación estaba virando de ser una pandemia, hacia convertirse en una “sindemia”, término propuesto por Merrill Singer, un antropólogo médico estadounidense, quien argumentaba que un enfoque ‘sindémico’ permitiría revelar mejor “las interacciones biológicas y sociales de las pandemias que son importantes de comprender para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud”.

Toda esta situación se agudizó cuando el Estado comenzó a tomar decisiones para responder a las presiones de varios sectores sociales que, pensando en la protección de la salud mental y el desarrollo intelectual de los niños, plantearon reabrir los colegios y los jardines infantiles. Como consecuencia, los pequeños que, al contagiarse del Coronavirus, sufrían cuadros leves, aparentemente gripales o, las más de las veces, se comportaban como portadores asintomáticos, contagiaron a sus familias y sobre todo a sus abuelos.

Ese sábado, la abuela “Lalda” estaba muy preocupada por las noticias del día anterior, 21 de mayo. Las tele-noticias hablaban de más de 18 mil casos nuevos por día en el país, de los cuales, más de 8500, morían. En la última semana en Bogotá los contagios habían aumentado de 4500 el lunes, a 6000 el miércoles y a 9500 el viernes. En ese momento, según las noticias, la ciudad de Bogotá estaba atravesando por un tercer pico del brote pandémico y un franco colapso hospitalario, a pesar de que ya se había iniciado la vacunación con los distintos fármacos que estaban comenzando a llegar al país.

Precisamente, a la abuela “Lalda” le habían puesto ya la primera dosis de la vacuna Pfizer el miércoles anterior. Pero ella era diabética e hipertensa y le preocupaba mucho llegar a contagiarse. De hecho, desde su posición laica y no creyente, unos años atrás, había firmado un documento en una notaría, dejando sentado que, si llegaba a sufrir una crisis de salud severa, “no le realizaran medidas de reanimación extremas pues, aunque no le tenía miedo a la muerte, si le temía el dolor agudo y prolongado y a un final de la vida en condiciones de seria discapacidad”.

Mientras la abuela estaba ensimismada en todas esas cavilaciones, desencadenadas por la crisis social, política, económica y sanitaria de la “sindemia” del COVID-19 de los últimos días, sonó el timbre de la puerta del apartamento. Eran sus hijos y sus nietos, que se habían puesto de acuerdo para llegar juntos a tiempo y darle una sorpresa a la abuela. “Feliz cumpleaños abuela”, fue la expresión a varias voces que escuchó cuando abrió la puerta. La abuela había abierto la puerta ancha de la sala, que daba al balcón que miraba hacia el parque vecino, para que el aire de la sala se mantuviera en movimiento, como lo recomendaban las normas que frecuentemente repetían en televisión, para prevenir el contagio de la epidemia. Estuvieron todos muy felices ese sábado, los niños corrieron un buen rato por todo el apartamento mientras los adultos se ponían al día en noticias y acontecimientos familiares. Hacía las dos de la tarde calentaron, en el microondas de la abuela, el almuerzo que habían traído y se sentaron a comer.

Luego, partieron la prometida torta que los nietos esperaban con ansias, y pasaron el resto de la tarde jugando con los niños. La nieta número tres, hija mayor de la segunda de las hijas, y que tenía cinco años, después del almuerzo dijo que tenía sueño y que se quería recostar un rato. La abuela, con gesto amoroso le dijo que se recostara en la cama de ella, en su cuarto, y la acompañó hasta allá para dejarla bien acomodada. De paso, cerró la ventana de esa habitación, pues estaba venteando un poco y haciendo frío.

Cuando la abuela volvió a la sala, después de asegurarse que la niña se había dormido, la madre de la niña comentó que, como la semana anterior la niña había vuelto a asistir al colegio, después de un tiempo de clases remotas, esta semana había estado un poco agripada e indispuesta, pero que ya estaba un poco mejor. Y dijo con tranquilidad, “es que eso siempre ocurre cuando los niños vuelven al colegio después de vacaciones o de cualquier ausencia temporal, pues cuando regresan de vacaciones, se revuelven todos los microbios que vienen de las distintas familias y contra los cuales los otros niños no tienen defensas”.

El encuentro familiar retomó entonces su curso sin más comentarios y la abuela reunió a los nietos para contarles un cuento de esos que ella sabía contar tan bien, con gestos y entonaciones que a los niños les encantaban. No había reunión familiar que no incluyera, por lo menos, un cuento de la abuela. A las seis de la tarde se levantó la sesión y los visitantes regresaron a sus casas, luego de despertar a Margarita, quien comentó que ya se sentía mejor. La abuela cerró la ventana de la sala y se dispuso a descansar.

El domingo, después de desayunar, la abuela llamó a preguntar por Margarita y la madre le dijo que ya estaba bien y correteando por toda la casa. El martes en la tarde “Lalda” sintió un poco de decaimiento y dolor muscular. Se tomó un par de Dolex y se recostó y se quedó dormida. Sin embargo, a las dos de la mañana se despertó sudando y caliente. Se tomó la temperatura y tenía 38,5°C. Se tomó otro par de Dolex pero, de ahí en adelante durmió muy mal y a las seis de la mañana tenía 40 de fiebre y leve dificultad para respirar. Llamó entonces al Call Center de su compañía de Medicina Prepagada, y le dijeron que se aislara

y que le iban a enviar un médico domiciliario lo más pronto posible. Luego, se comunicó con su hija menor, que le dijo que ya saldría para allá.

Cuando la hija llegó, ya estaba allí el médico domiciliario. La dificultad respiratoria había aumentado y la fiebre se mantenía alta. El médico llamó a la Prepagada para que le enviaran una ambulancia para trasladarla a la clínica. La hija llamó a los otros dos hermanos y quedaron de encontrarse allí en la clínica. Cuando llegaron al centro hospitalario privado, uno de los más prestigiosos de la ciudad, no había camas COVID disponibles en las salas y la unidad de cuidado intensivo estaba ocupada al 100%. Además, en la zona de Urgencias había más de 20 personas esperando por una cama de Cuidado Intensivo. La situación de las otras clínicas era similar. Ante esto, el médico emergenciólogo que la valoró en la ambulancia al llegar a la clínica, le pidió unos exámenes y una radiografía portátil de tórax, les recomendó a los familiares que era mejor esperar en la ambulancia y no entrarla a la sala de emergencias hasta no tener un diagnóstico claro, porque si el cuadro fuera de una neumonía, allá se podía contagiar de COVID-19.

A las dos horas el diagnóstico estaba claro: “Lalda” se había contagiado de Coronavirus. Después del estudio epidemiológico del caso, y debido a que la abuela llevaba ya muchos meses encerrada en su casa, la única posibilidad de contagio tenía que ser Margarita y que el resfrío de la niña podría haber sido un COVID-19 semi-asintomático. Mientras la abuela luchaba por respirar en la ambulancia parqueada cerca a la puerta de la clínica, la madre fue a buscar a Margarita al colegio. Entre tanto, el cuadro clínico de Esmeralda se agravó y fue necesario entrarla a la sala de Urgencias, después de despedirse de sus hijos. El médico les comentó aparte que, tal vez, podría ser una cepa de las más nuevas, debido al corto periodo de incubación que había presentado y la velocidad con estaba evolucionando y que, tal vez, el pronóstico no iba a ser muy bueno.

Al día siguiente, la dificultad para respirar de la abuela era severa y, finalmente, lograron, al comienzo de la noche, subirla a cuidados intensivos, para ocupar una cama de un paciente que había muerto en la tarde. A pesar de esto, y debido a la descompensación y a sus comorbilidades, la paciente perdió la batalla contra el Coronavirus seis días después. Los familiares fueron notificados telefónicamente; el cadáver de “Lalda” fue empacado en una bolsa negra y trasladado en una ambulancia a un crematorio común de un cementerio de la ciudad, pues no había ya tumbas individuales disponibles. No se realizaron oficios religiosos antes de la cremación, siguiendo la última voluntad que la Abuela había expresado a sus hijos el día de su cumpleaños cuando, en algún momento, la conversación familiar había girado en torno a la gravedad de la situación actual y la abuela había dicho, “cuando me muera, no quiero curas, ni flores, ni velaciones. No me recuerden como cadáver, sino como el ser vivo y amoroso que siempre fui con todos ustedes”. La familia la despidió unos días después reuniéndose y recordando las imágenes de su último cumpleaños, como había sido su último deseo, sin mencionar para nada “la gripe” de Margarita.



Una epidemia de mala información

JUAN DIEGO RESTREPO TORO

“El conocimiento es poder, la información no”

David Lewis

Periodista y magíster en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia.

Docente de cátedra Facultad de Comunicaciones y Filología en la misma universidad.

Correspondencia:
juan.restrepo16@udea.edu.co

Introducción

La infodemia es un problema de salud pública históricamente determinado por la revolución digital, un proceso que se inició en el siglo XX y se aceleró con las medidas de contención de la pandemia de COVID-19, orientadas a la promoción de prácticas de digitalización de la vida. Las palabras con el prefijo tele, que en griego antiguo significa “lejos”, sirven de ejemplo: teletrabajo, telemercadeo, teleducación, telemedicina o teleconferencia. Muchas de las personas, empresas y servicios que no se habían digitalizado en las primeras décadas del siglo XXI, lo hicieron en los primeros meses del 2020 ante la demanda social por “reinventarse”.

Las noticias falsas, los bulos, los ultra-falsos, las teorías de la conspiración y las posverdades son difundidas de manera paralela a la propagación del virus SARS-CoV-2. “En la era de la información, este fenómeno se amplifica mediante las redes sociales, propagándose más lejos y más rápido, como un virus”, según afirmó la Organización Panamericana de la Salud, OPS, en marzo de 2020 (p. 1). Este símil del contagio viral es evidente en la palabra infodemia: la desinformación es como una enfermedad que afecta a muchos individuos en distintos lugares del globo.

Es un término novedoso para un viejo problema. ¿Cómo nos informamos y cómo deberíamos hacerlo? La infodemia es un giro en la lengua que se forma a partir de las palabras información y epidemia. La sincronía entre virus biológicos y virus cibernéticos exige un abordaje sindémico, que no se fije solo en la enfermedad infecciosa, sino en los modos de

vida y el contexto de las personas. “En esta pandemia de COVID-19 la población mundial puede sufrir más por las comorbilidades y la mayor vulnerabilidad por la sinergia de pandemias como la obesidad, diabetes, malnutrición e incluso el cambio climático, esto es una sindemia global que abarca características biológicas de un agente viral altamente patógeno que tiene un impacto socioeconómico a nivel mundial”, según Agustín Zerón (2020, p. 183), quién propone incluir la infodemia en el análisis, porque la comunicación para afrontar una pandemia debe ser “consistente, clara, creíble y sobre todo no contradictoria” (p. 182). Pero no lo ha sido y ha dejado en evidencia la paradoja de que, a más información, mayor desinformación.

La Organización Mundial de la Salud se planteó esta sinergia de epidemias: “el brote de COVID-19 y la respuesta correspondiente han estado acompañados de una infodemia masiva, es decir, de una cantidad excesiva de información –en algunos casos correcta, en otros no– que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan” (OPS, 2020, p. 1). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2020) se mostró alarmada ante cifras de publicación, casi astronómicas, apenas al terminar marzo de 2020: “en los últimos 30 días se han subido 361.000.000 videos en YouTube en las categorías de ‘COVID-19’ y ‘COVID 19’, y desde que comenzó la pandemia se han publicado cerca de 19.200 artículos en Google Scholar [Académico]. En el mes de marzo, unos 550 millones de tuiteos incluyeron los términos coronavirus, corona virus, covid19, COVID-19, covid_19 o pandemia” (p. 1).

¿Cuántos de esos videos y artículos tienen infor-

mación correcta? ¿Cómo procesarla? ¿A quién creerle? Un enfoque sindémico permite comprender interacciones biológicas y sociales en uno de los aspectos más complejos de la revolución digital: la calidad de la información, porque si bien en las plataformas digitales encontramos información en tiempo real, sobre casi cualquier tema, mucha de esa información no es veraz. El propósito de este ensayo es analizar algunas implicaciones epistemológicas del abordaje de la infodemia como un problema de salud pública a partir de las metáforas que usan los organismos multilaterales en salud para definirla, en el contexto histórico de la revolución digital o Cuarta Revolución Industrial Capitalista.

1. Determinación histórica de la infodemia

Al emperador romano Marco Aurelio le tocó gobernar primero con la plaga antonina, una epidemia que se extendió por el imperio después del año 165 de nuestra era, y luego fue víctima de las noticias falsas, cuando corrió el rumor de su muerte y el general Avidio Casio intentó tomar el poder sin verificar la información, con un resultado trágico para el golpista, que fue decapitado. Epidemias e información manipulada no son un fenómeno nuevo para la humanidad. Cuando corrió el rumor de que la peste bubónica estaba en Holanda, en septiembre de 1664, los habitantes de Londres se alarmaron por la cercanía y por la alta mortandad que había dejado en 1663.

“En aquellos días carecíamos de periódicos impresos

para divulgar rumores y noticias de los hechos, o para embellecerlos por obra de la imaginación humana, como hoy se ve hacer. Las informaciones de esa clase se recogían de las cartas de los comerciantes y de otras personas que tenían correspondencia con el extranjero, y sólo circulaban de boca en boca; de modo que no se difundían instantáneamente por toda la nación, como sucede ahora”.(Cita)

Así lo escribió Daniel Defoe (1969), narrador de esa plaga, novelista y periodista inglés, autor de la novela Robinson Crusoe, quien reconstruyó la historia de la epidemia que mató aproximadamente 100.000 personas, casi una cuarta parte de la población de Londres (Burns, 2016), en su obra *El diario del año de la peste*, publicada en los inicios de la Revolución Industrial. Allí describe los rumores, los mitos, la manipulación de la información por parte de la Corona, los remedios caseros, las creencias religiosas y las teorías del origen de la enfermedad en una sociedad que no tenía la capacidad científica para saber que era causada por la bacteria *Yersinia pestis*, que generalmente se transmite mediante la picadura de pulga de rata infectada. Para Juan José Hoyos (2003, p. 59), maestro del periodismo colombiano, esta obra es un reportaje novelado y un antecedente de la crónica, lo que significa una larga tradición de cubrimiento periodístico de las pandemias.

El telar mecánico, el ferrocarril, el uso de la máquina de vapor en la navegación y otros desarrollos fabriles que se dieron durante la Revolución Industrial transformaron la sociedad y la vida cotidiana desde el siglo XVIII, primero en Inglaterra y Europa occidental, y después en todo el mundo. Con la electricidad se potenció la producción en masa y se desarrolló la

telegrafía, el teléfono, el alumbrado eléctrico, el automóvil, la radio, la televisión, el cine y la aviación, en lo que se ha denominado la segunda revolución industrial. En la tercera, propia del siglo XX, se desarrollaron la tecnología satelital, la computación y la informática, sentando las bases de la revolución digital.

La cuarta revolución industrial consiste en entrelazar lo biológico, lo físico y lo digital, es la integración de las tecnologías disponibles y en desarrollo (Schawb, 2016), que se caracteriza por la extracción de datos personales que son convertidos en mercancía. La comunicación digital es el conjunto de conocimientos y prácticas que permiten la comunicación humana y de sistemas informáticos a través de medios digitales. Es indispensable para que se integren los distintos dispositivos de esta revolución: big data, internet de las cosas, información en la nube, sistemas ciberfísicos y robótica. Los desarrollos en inteligencia artificial, ingeniería genética, biológica e informática, tienen implicaciones no solo en la producción y el consumo, sino en la construcción de “lo que es verdad”. Las pestes o pandemias se fueron contando según los dispositivos tecnológicos de la época. De las cartas con rumores de Londres en 1664, pasando por telegramas durante la llamada gripe española de 1918, hasta la digitalización de la vida en el 2020.

Con las revoluciones industriales también se transformaron la epidemiología y la salud pública. Surgieron de la mano de los estado-nación modernos y con la primera Revolución Industrial como ciencias, áreas de investigación y de formación profesional. Los límites disciplinares de la salud pública y la epidemiología parecen ser borrosos, y se han desarrollado con la evolución de los conceptos de población,

salud, enfermedad y cuidado. El concepto de población de primera revolución industrial, entendido por Thomas Malthus como un número de habitantes en un territorio determinado, ha evolucionado hasta contemplar la dimensión poblacional de la salud no solo desde la estadística (Giroux, 2010). Los datos de infectados, recuperados y muertos por COVID-19, que aparecen en el deslizante de Twitter e Instagram, o en los gráficos de los noticieros de TV, no deben hacernos perder de vista al sujeto, que no puede convertirse en cifras frías; sino que tiene historia, cultura, familia, idiosincrasia, miedos, sueños y, casi siempre, un teléfono celular al alcance de su mano, de modo que cualquiera de nosotros podría ser contagiado por el COVID-19 o por una noticia falsa.

La manipulación política de las cifras puede servir para esconder o desviar la atención, al disolver miles entre millones. En su texto *La política de la salud en el siglo XVIII*, Michel Foucault (1976) demostró cómo el Estado, en busca de asegurar la fuerza productiva, estableció un conjunto de prácticas normativas para adueñarse del cuerpo de las personas, de sus condiciones físicas y psicológicas, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. De manera que surgió la medicalización de la familia, se promovió la higiene pública y privada, y se instauraron a la medicina y la salud pública como formas de control social. Detengámonos a pensar cuáles son las formas actuales de normalización de la vida humana y cómo se piensan los cuerpos y hogares de los individuos para el teletrabajo y la digitalización. Las revoluciones industriales son, a su vez, revoluciones económicas que determinan los modos de producción y de consumo, como lo explicó Jaime Breilh (2019), desde la perspectiva de la salud colectiva: “con la extensión

de ese productivismo agresivo en el tejido material y cultural de la sociedad, el sometimiento de la producción termina abarcando también orgánicamente el consumo”.

Más allá de lo cuantitativo, Emilio Quevedo (2013) propone pensar en componentes sociales y humanistas del proceso salud y enfermedad, entre ellos el de la comunicación, porque dependemos de la relación que establecemos con la naturaleza y con los demás miembros de nuestra especie para sobrevivir. “La salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura y son, por tanto, históricos. Tenemos necesariamente que definir el proceso salud-enfermedad como un proceso social”. Si consideramos al cuidado como parte de esas relaciones de adaptación que establecemos con los otros, la definición de Kleinman (2009) resulta pertinente: “estar con otros en el mundo necesariamente incluye cuidar y ser atendido”, lo que parece contrario ante las normas del aislamiento social y físico por la COVID-19.

El debate sobre el lugar actual de la salud pública pasa por la revolución digital, no solo por el desarrollo de tecnologías clínicas, implantes corporales, robots y nuevos materiales bio-físico-digitales, sino también por la pérdida de puestos de trabajo, los modos de producción y reproducción social, el impacto en la salud mental, la extracción y utilización de los datos personales y una viral desinformación. Por un lado, numerosas revistas, bases de datos, repositorios y otros sistemas de información “han puesto en abierto sus publicaciones y otros recursos informativos en tiempo record para favorecer el avance de las investigaciones” (Alexandre, 2020, p. 1). Por otro lado, la

COVID-19 ha desencadenado la mayor fuente de rumores y de desinformación conocida (Larson, 2020). Con un ancho de banda en expansión y cada vez más asequible, la cantidad de información también se expande. La extracción digital de datos personales plantea posibilidades (identificación de casos, rastreo de contagios, realización de cercos epidemiológicos), y riesgos (protección de la privacidad, telemarketing, control social, influencia mediante contenidos hechos a la medida de nuestros gustos). Estos datos son extraídos de manera intensiva, masiva y monopólica por parte de las grandes corporaciones transnacionales que los explotan comercial y políticamente (Google, Facebook, Instagram, TikTok, entre otras). Compramos planes de datos para consumir en el teléfono móvil o en el computador personal, mientras nuestros datos personales son extraídos, a veces de manera involuntaria, o en muchos casos publicados en las redes sociales deliberadamente por nosotros los usuarios: localización, rutinas, amistades, momentos íntimos, fotos de cara y cuerpo, datos biométricos, números de identificación, lo que nos gusta y lo que no. Publicamos la vida misma y lo mínimo que podríamos pedir es que esos datos fueran utilizados respetuosamente.

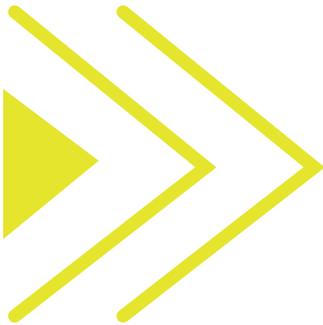
En la definición de la Organización Mundial de la Salud notamos que la infodemia está restringida a un tema específico: “se trata de una sobreabundancia de información, alguna rigurosa y otra no sobre la pandemia global que se desató con la enfermedad COVID-19” (OPS, 2020). Sin embargo, ¿esta epidemia de mala información surgió con la COVID-19? ¿O venía desde antes?

Las noticias falsas alimentan nuestros miedos, influyen en las elecciones y han causado muertes, por ejemplo, por tomar desinfectante para prevenir la COVID-19. En el 2016 se dio la manipulación digital, segmentada (por región, género, edad, profesión), a partir de los datos de los usuarios que la compañía Cambridge Analytica facilitó a grupos políticos para influir en el proceso de salida del Reino Unido de la Unión Europea, Brexit, en las elecciones presidenciales de Estados Unidos que terminaron con la victoria de Donald Trump, o en el Plebiscito por la Paz en Colombia. “Todo esto sucede en un contexto de posverdad, término definido por el diccionario de Oxford como la palabra del año en 2016 y se refiere a las circunstancias en que los hechos objetivos son menos importantes a la hora de modelar la opinión pública que las apelaciones a la emoción o a las creencias personales”, (Federación Internacional de Peri-



odistas, 2020, p. 1), gracias a los algoritmos de programación que se valen de datos para inducir a los usuarios a tomar decisiones.

Ante el problema ético sobre la verdad, la transparencia y la confianza en la información, la digitalización de la vida exige una postura crítica entre dos visiones absolutas. Una utópica, que plantea que cualquier problema puede ser solucionado con la tecnología. No en vano el celular ofrece un sinfín de usos (linterna, calendario, cámara de foto y video, navegador de internet, calculadora...) y es más que un teléfono móvil. En esta noción dominante, el progreso tecnológico es lineal y el crecimiento económico es continuo, lo que conllevaría a mejorar el bienestar de la sociedad. Según Ana Botín, en el prólogo de *La Cuarta Revolución Industrial*, “un mundo verdaderamente próspero es aquel en el que cada individuo se siente capaz de vivir una vida plena y con aspiraciones. Las empresas tienen un papel fundamental en la construcción de ese tipo de mundo” (Schwab, 2020).



La otra cara de la moneda supone el apocalipsis. Los robots pronto serán capaces de hacer de todo ¿habrá límites para su utilización? ¿Qué nos queda a los seres humanos si las máquinas lo hacen todo igual o mejor? ¿Qué sucederá si la inteligencia artificial es más inteligente que la humana? O, como se pregunta el antropólogo francés Paul Jorion (Deutsche Welle, 2018), ¿el ser humano está creando algo que le sobrevivirá, es decir, que estará ahí cuando el hombre ya haya desaparecido, o estamos creando algo con lo que podemos convivir en armonía? O como lo preguntó Jaime Breilh, ¿esta revolución tecnológica significa la derrota del bien común? ¿Es la derrota de la sabiduría de los pueblos sobre la Madre Naturaleza, del valor de la política y del comunitarismo? (2019). Inclusive Klaus Schwab, uno de los teóricos del Foro Económico Mundial, e ideólogo de la cuarta revolución industrial, planteó que “los cambios son tan profundos que, desde la perspectiva de la historia humana, nunca ha habido una época de mayor promesa o potencial peligro” (2016).

Informarse no es solo una necesidad social, es una tradición, un ritual, un encuentro para compartir. En una sociedad de consumo que ha incorporado los desarrollos tecnológicos a la vida cotidiana, la comunicación digital es una herramienta potente para que la sociedad sea más influenciada. “El

ritmo vertiginoso de acumulación de capital, versión 4.0, asentado en nuevas y agresivas dimensiones de la tecnología, los hipermedios y el ciberespacio, apoyándose en la expansión frenética de la civilización consumista posmoderna, nos colocan nuevos desafíos”, señala Jaime Breilh (2019) sobre el impacto en la salud pública, en lo que él llama la “expansión frenética de la civilización consumista posmoderna”, un crecimiento exponencial de la concentración del capitalismo en el siglo XXI, lo que conlleva a la profundización del colonialismo (no es gratuito que las grandes corporaciones globales están ubicadas en Estados Unidos, Europa occidental y China), y representa una amenaza para la vida en la Tierra, con un telón de fondo de guerra comercial y de desarrollo de la tecnología 4G entre Estados Unidos y China. Es necesario “repensar el conocimiento sobre la espacialidad en salud como proceso clave en su determinación, eslabonando la geografía y la epidemiología críticas” (Breilh, 2019), ante la urgencia de que la academia sea crítica, autoconsciente, abierta, construya de manera colectiva, esté alerta y conectada con los pueblos.

2. Las metáforas de lo viral

La desinformación es como una enfermedad viral de propagación pandémica, según los organismos multilaterales y buena parte de la comunidad científica. ¿Qué hay detrás de esta metáfora? Además de brindar una idea de la imagen pública de la infodemia, concuerda con la crítica de Michel Foucault a la medicalización de la vida, que ha llevado a aplicar térmi-

nos biológicos a fenómenos informáticos y comunicacionales.

Más que adornos literarios, las figuras retóricas son mecanismos cognitivos para comprender conceptos abstractos o menos conocidos, mediante otros más concretos o familiares. Entre estas figuras están la metáfora, la analogía, el símil o la metonimia, que relacionan dos conceptos, aparentemente incompatibles, como instrumento para entender el más novedoso. “Conceptualizamos un hecho nuevo, la distribución rápida de una información, tomando como punto de referencia un dominio cognitivo más conocido, el de las enfermedades epidémicas”, explicó María José Cuenca (2020), quien recolectó 50 ejemplos en inglés de símiles con la búsqueda en Google de las palabras “Coronavirus (o COVID-19) is like [es como]”. Entre los resultados, encontró que el coronavirus era comparado en medios de comunicación y redes sociales con plagas bíblicas, tsunamis, películas de terror, huracanes, tormentas, incendios, el cambio climático o las guerras. Las metáforas bélicas han sido de uso común, por ejemplo: “The soldiers are health care workers. The enemy is the virus. The battlefield is the hospitals”, [los soldados son los trabajadores de la salud. El enemigo es el virus. El campo de batalla son los hospitales]” (2020). Otro de sus hallazgos decía “el coronavirus es como la pasta. Los chinos la inventaron, pero los italianos la extenderán por todo el mundo”, un meme o chiste gráfico que puede ser ofensivo para chinos e italianos porque los símiles reflejan creencias, prejuicios, prácticas y concepciones del mundo.

Hice el mismo ejercicio que María José para escribir este ensayo y el buscador sugirió: “COVID-19: ¿Es posible un apocalipsis zombi en Reino Unido?”. Un

titular que podría sonar rebuscado, no lo es para Google, porque fue su tercera recomendación al digitar “COVID-19 es...”. Se trata de un artículo publicado el 9 de enero de 2021 por El Ibérico, un medio español que cubre temas británicos. En la “nota periodística”, el autor habla de los muertos reanimados en la cultura popular y se pregunta si un virus creado en el laboratorio podría provocar una epidemia de zombis en el futuro. En ningún momento presenta datos verificados que expliquen por qué este contenido aparece dentro de la categoría “Coronavirus”. Incluso termina preguntándole a los lectores: “¿Están preparados para una futura invasión?” (Capilla, 2021). Más allá de la anécdota, es interesante lo posicionado del artículo en el motor de búsqueda y la relación metafórica entre COVID-19 y una epidemia de zombis. En el libro del Apocalipsis, Juan de Patmos describe a la peste de manera alegórica como uno de los cuatro jinetes que destruyen la vida en la tierra, junto a la guerra, el hambre y la muerte. “Algunos mensajes son apocalípticos y producen una pandemia de miedo que acompaña a la infecciosa. En un momento en el que la cooperación es primordial, las falsedades siembran la división y reducen la solidaridad de una manera muy perniciosa” (Alexandre, 2020, p. 7).

Otras metáforas de uso común sobre la infodemia son la “jungla informativa” o el “mar de información”. Navegamos por la red como si fuera un gran mar, nos sumergimos en la web profunda, o incluso naufragamos con contenidos que dicen que este coronavirus no existe, que es una conspiración china, que ha perdido virulencia o que tomar desinfectante por vía oral es un remedio casero infalible.

El uso de las metáforas virales también se ha dado ante el software dañino, que funciona como un virus

cibernético que tiene la capacidad de multiplicarse con gran rapidez dentro de un dispositivo como su fuera un organismo. Por eso los computadores y celulares tienen antivirus. Los troyanos, por ejemplo, hacen referencia a la propiedad de entrar de manera escondida al equipo, como los virus biológicos que se cubren con una cápside.

La viralización de un mensaje es uno de los objetivos de influenciadores, publicistas, políticos, activistas, vendedores, periodistas, medios de comunicación y productores de contenido para imponer a sus seguidores su visión del mundo (o de un producto) como un hecho. Decimos que una “noticia falsa se hizo viral” para referimos a que se propagó exponencialmente por las redes. En cambio, no decimos que una “noticia falsa la hicimos viral”, para eludir la responsabilidad que tuvimos al compartirla. Como si las cosas se viralizaran solas. ¿Cuántos contenidos compartimos en redes que no son ciertos, simplemente porque son chistosos, o porque confirman lo que pensamos?

3. El poder de la persuasión

En un sitio específico brota una información sobre la pandemia de COVID-19 que es falsa. A diferencia de la sociedad industrial de medios masivos del siglo XX, en la revolución digital cualquiera puede publicar contenidos en sitios web o redes sociales. Los contactos reaccionan ante la información y la comparten, entonces prolifera. Cualquiera que se informe solo en redes corre el riesgo de quedar atrapado en una burbuja de desinformación. La mayoría de países

de América Latina tienen tasas de penetración de redes sociales que superan el 70 % de la población (Statista, 2021). Un asunto que va de la mano con el uso de internet, “mientras en 2005 únicamente el 17 % de la población de la región podía acceder a internet, quince años más tarde esta cifra aumentó a 66 % para Centroamérica y hasta 72 % para Sudamérica” (ILifebelt, 2021).

La recopilación de datos permite que la influencia sea muy personalizada, de manera que nos venden ideas o productos según nuestras propias palabras y sentimientos, para persuadirnos según intereses particulares. A la vez, las noticias falsas pueden generar mucho dinero, porque con titulares sensacionalistas atraen tráfico a sitios de nombres sugerentes, lo que significa ingresos por anuncios publicitarios. Basta con plagiar historias de internet o inventarlas, crear perfiles falsos en redes para compartir las historias de manera masiva. Ante noticias virales, nos preguntamos: si su estilo parece ser periodístico y si es compartido por mis contactos, por influenciadores, youtubers, blogueros o políticos, ¿por qué ha de ser falsa? La difusión de rumores funciona bien. Si lo dicen mis amigos, es porque es verdad. Hombres poderosos en su manera de comunicar, como Donald Trump o Jair Bolsonaro, fueron vetados por redes sociales por publicar informaciones falsas sobre la pandemia, lo que nos lleva a otro dilema: ¿la censura de contenidos falsos o las penas legales suponen un nuevo golpe a la libertad de expresión?

Este fenómeno se da en un contexto de crisis de credibilidad de las instituciones. Las sociedades modernas se encuentran frente a cuatro crisis: de los medios de comunicación, del periodismo analítico

de calidad, de la percepción social de la información y del acceso al conocimiento (De Semir, 2010). De otro lado, influenciadores sin preparación en temas tan delicados y complejos como el coronavirus, pero con gran alcance, son cada vez mejor valorados en la sociedad de la información. A diferencia de epidemiólogos, investigadores y demás profesionales de la salud, estos nuevos comunicadores digitales no suelen usar el tono prescriptivo, no le prohíben nada a la gente de manera vertical; al contrario, le hablan en un lenguaje cercano y horizontal, sin asimetrías ni barreras, en tiempo real, a través de sus redes, directamente en sus dispositivos móviles, con gustos similares y con una influencia parecida a la que tiene un par, un amigo o un cercano.

Como animales sociales, es más fácil unirnos a la opinión mayoritaria que cuestionarla. Pero ¿cómo saber si es una persona de carne y hueso la que comparte su opinión, o es un bot (programa informático robot) que en foros digitales confirma una y otra vez la misma opinión? ¿Cuál es la influencia, el poder de persuasión, de los robots en la formación de la opinión pública? ¿Los contenidos que se convierten en tendencia son más relevantes que los demás? Si una persona solo busca información de conspiraciones en las redes, los algoritmos van a privilegiar ese tipo de contenidos, reafirmando sus creencias sin llegar a una información fiable. Las redes favorecen la fascinación sobre la verdad, no importa tanto la veracidad, la transparencia o la confianza del contenido, sino su capacidad de enganche, como las teorías de la conspiración que dicen que los reptilianos controlan el mundo, que la Tierra es plana o que las vacunas son un complot.

La abrumadora cantidad de información, su dudosa calidad y lo catastrófico de los contenidos que se abordan representan un reto para la salud mental de toda persona, especialmente de los profesionales de salud o de la comunicación en salud. Distintos autores han acudido a la metáfora de la enfermedad para abordar este problema. El término sobrecarga informativa fue formulado en 1970 por Alvin Toffler, en su libro *El shock del futuro*. Los contenidos son tantos y tan diversos que sobrepasan la capacidad humana de procesarlos. También planteó el concepto de infobesidad (1973), en alusión directa a una enfermedad crónica que está determinada por el modo de vida que llevamos, con un acceso a la información cada vez más fácil, instantáneo, cercano, en todo momento y lugar, lo que puede desencadenar ansiedad, depresión o agotamiento al acumular la información sin procesarla. Otro término es infoxicación, según el neologismo acuñado en 1996 por Alfons Cornella (Rozo, 2016), que provoca que las familias vivan en estado de ansiedad. La falta de confianza, ansiedad, depresión, estrés postraumático, noticias catastróficas con imágenes de personas colapsando en hospitales sin camas ni oxígeno suficiente, crematorios o cementerios, contribuyen con la epidemia de salud mental.

Pero la comunicación digital no se da en las nubes, sino que tiene un impacto material en nuestro entorno. La producción de los dispositivos digitales, como teléfonos móviles o computadoras, tiene la lógica de la obsolescencia programada, por la cual su vida útil tiende a ser corta en función de las innovaciones tecnológicas. Los dispositivos desactualizados pierden valor frente a los nuevos desarrollos y pasan a ser chatarra rápidamente. Para mantenerse a la van-

guardia es necesario tener tecnología de punta, lo que representará mayor calidad de vida, según ese razonamiento. Esto tiene una repercusión material en los ecosistemas, no solo por el extractivismo de minerales como coltán o tungsteno, sino también por la cantidad de desperdicios no biodegradables que se generan. Y no es solo una amenaza para la vida en la Tierra, pensemos por un momento en la cantidad de basura espacial que ha sido desechada por el desarrollo de la tecnología satelital.

4. Parece obvio, pero no lo es: hay que informarse bien

Necesitamos información para tomar decisiones, que pueden ser cotidianas e individuales, o de políticas públicas. Para responder ante la pandemia por COVID-19, científicos y tomadores de decisiones basan sus opiniones en la información obtenida en distintos medios y no son inmunes a la desinformación. Volviendo a las metáforas, Jarbas Barbosa, subdirector de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifestó que “la información oportuna y basada en evidencia es la mejor vacuna contra los rumores y la desinformación” (OPS, 2020).

Sin verificación, no hay periodismo ni investigación en salud pública. Por lo que es necesario contrastar la información sobre el origen del virus, el tratamiento de la enfermedad, los mecanismos de propagación, las medidas de contención, la vacunación o cualquier otro tema sensible. Un primer paso es conocer los

tipos de contenidos falsos. Según la Federación Internacional de Periodistas, las noticias falsas pueden clasificarse en siete categorías: contenido engañoso, impostor, fabricado, manipulado, de conexión falsa, de contexto falso y finalmente la sátira o parodia (Federación Internacional de Periodistas, 2020). Después es deseable familiarizarse con técnicas de verificación, que son aplicadas por distintos medios y laboratorios de noticias para confirmar o desmentir contenidos, mitos y rumores mediante información sustentada. Un ejercicio destacable, que vale poco si no se desarrolla el pensamiento crítico en las personas. Por lo que hay que educar a la población no solo en el uso de internet (creemos que todos sabemos usarlo de manera intuitiva y no es así), sino en la cultura científica y valores democráticos. Una cosa es saber usar las herramientas para encontrar información y otra diferente es qué hacer con ella.

Como parte de su faceta educativa, los medios de comunicación tienen la responsabilidad de informar, con calidad y rigor, sobre temas sanitarios a los ciudadanos, que no son consumidores pasivos de información a los que se puede entretener con titulares frívolos, sino que están interesados en saber cómo cuidarse, qué estilo de vida llevar; ciudadanos con expectativas sensibles, muchos de ellos con un consumo intenso de contenidos de redes sociales, y que demandan respuestas del Estado ante problemáticas de salud. ¿Son transparentes los medios de comunicación digital? ¿Persiguen el bien común al informar sobre ciertos temas de salud o representan intereses concretos? ¿Promueven estilos de vida saludables? ¿Son confiables? ¿Cómo debe ser el diálogo entre periodistas y científicos para verificar la información? ¿Qué dilemas éticos subyacen en estas noticias?

¿Cómo se abordan las fuentes? ¿De qué profesión y género son estos expertos? ¿Prevalece el derecho a la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud? ¿Qué es la salud para los medios de comunicación digital? ¿Un derecho o una mercancía? ¿Hay garantías para este derecho fundamental? ¿O lo que predomina es el negocio y el flujo de dinero? ¿Qué relación tiene la información en salud con los territorios, el ecosistema o la dignidad humana? ¿Cuál es el rol del Estado en la salud pública? ¿Se expresa el enfoque del derecho en los sistemas de salud? ¿Cómo valorar los saberes ancestrales? ¿Cualquier persona está en la capacidad para informar sobre salud? ¿Son conscientes los influenciadores de la responsabilidad que tienen al informar? ¿O solo les interesa vender?

Estas son actitudes protectoras frente al contenido dañino: leer mucho, ser selectivo, ir a las fuentes, buscar contenido similar, mantener el espíritu de la duda, preguntarse si tiene sentido la información, dejar de compartir información sin verificarla, ir más allá de los titulares sorprendentes pero falsos, superar la ilusión del consenso, evitar la xenofobia (virus chino o gripe española) y comprender que la ciencia no es nuestra, ni tiene todas las respuestas. La incertidumbre es el motor de la ciencia y del periodismo porque las ideas científicas están sujetas a transformaciones.

La infodemia exige una postura crítica, reflexiva y humanista por tres razones. Primero por el impacto de la revolución digital en las comunidades, el territorio, los recursos naturales y la intimidad o subjetividad. Segundo, por el aumento de la concentración del capital y de la profundización de la inequidad y el colonialismo. Tercero, por la necesidad de una academia que tome posición frente a lo que investiga y que no sea

funcional a las grandes corporaciones (Breilh, 2019).

En Colombia esta postura está amparada en el artículo 20 de la Constitución: “Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación. Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No habrá censura” (Constitución Política de Colombia, 1991). El reto es construir una comunicación digital en salud que sea reflexiva, que no insista en el dolor ajeno, que privilegie la comprensión del tema sobre el sensacionalismo, que favorezca la perspectiva humana sobre la alarma social, que desconfíe de anuncios demasiado bonitos para ser ciertos e identifique las afirmaciones que no están soportadas en investigaciones sólidas, que promueva las políticas públicas sin caer en la propaganda institucional.

Bibliografía

Aleixandre-Benavent, R., Castelló-Cogollos, L., Valderrama-Zurián, J. (2020). Información y comunicación durante los primeros meses de COVID-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. *Profesional de la información*, v. 29, n. 4, e290408.

Breilh, J. (2019) Ciencia crítica frente al exterminio en la 4ta Revolución Industrial capitalista. Parte II *Espacios de capital y territorios de resistencia: una mirada desde la geografía crítica y el vivir saludable* – en proceso.

Burns, L. (2016) *Londres, 1665: “La peste nos está volviendo crueles”*. BBC Mundo. Recuperado el 2 de mayo del 2020 de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-36736768>

Capilla, A. (2021) *COVID-19: ¿Es posible un apocalipsis zombi en Reino Unido?* El Ibérico, recuperado el 20 de mayo de <https://www.eliberico.com/covid-19-es-posible-un-apocalipsis-zombi-en-reino-unido/>

Constitución Política de Colombia (1991)

Cuenca, M. (2020) ¿Cómo es el coronavirus? Metáforas y símiles para una pandemia. *The Conversation*. Recuperado el 15 de mayo del 2020 de <https://theconversation.com/como-es-el-coronavirus-metaforas-y-similes-para-una-pandemia-136533>

De Semir, V. (2010) *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*. Universidad Pompeu Fabra.

Defoe, D. (1669) El diario del año de la peste. Seix Barral.

Deutsche Welle (2018) *Revolución Industrial 4.0. Documental*, Recuperado el 2 de mayo del 2020 de https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=cB_u7Xn9pY8

Federación Internacional de Periodistas (2020) *¿Qué son las fake news? Guía para combatir la desinformación en la era de la posverdad*. Recuperado el 4 de mayo de https://www.ifj.org/fileadmin/user_upload/Fake_News_-_FIP_AmLat.pdf

Foucault, M. (1976) *La política de la salud en el siglo XVIII*. En: Obras esenciales. Vol. II: Estrategias de poder. Paidós, 1999 (c) [1976], p. 329-342.

Giroux, E. (2010) ¿Qué es la “salud de la población”? *Revista Salud Bosque*. Recuperado el 22 de mayo del 2020 de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00854348>

Hoyos, J. (2003) *Escribiendo historias: el arte y el oficio de narrar el periodismo*. Editorial Universidad de Antioquia.

Ilifebelt (2021) *¿Cuánto tiempo de tu vida pasas en las redes sociales?* [Proyección 2021] Recuperado el 13 de mayo del 2020 de <https://ilifebelt.com/cuanto-tiempo-vida-pasas-las-redes-sociales/2017/04/>

Kleinman, A., van der Geest, S. (2009) ‘Care’ in health care: remaking the moral world of medicine. *Med Antropol* [Internet]. 2009;21(1):159–68. Recuperado el 22 de mayo de <https://dare.uva.nl/search?identifier=b7b971cd-7cfd-445b937a-1cccd7494254>

Larson, H. (2020). Blocking information on COVID-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*, v. 580, n. 7803, 306. Recuperado el 20 de mayo de <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00920-w>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. Hoja informativa*. Recuperado el 20 de mayo del 2020 de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52053>

Quevedo, E., Hernández, M., Cortés, C., Eslava, J. Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Rev Cienc Salud*. 2013;11(3):295–321.

Rozo, M. T. (2016). La infoxicación ¿existe o no en las grandes multinacionales? *TIA*, 4(2), pp.6-11.

Schawb, K. (2016). *La Cuarta Revolución Industrial*. *Foro Económico Mundial*. Disponible en <http://40.70.207.114/>

documentosV2/La%20cuarta%20revolucion%20industrial-Klaus%20Schwab%20(1).pdf

Statista (2021) *Tasa de penetración de redes sociales en América Latina y Caribe por país en enero de 2021*. Recuperado el 13 de mayo del 2020 de <https://es.statista.com/estadisticas/1073796/alcance-redes-sociales-america-latina/>

Toffler, A. (1973) *El shock del futuro*. Plaza y Janés.

Zerón, A. (2020) Pandemia e infodemia. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. Número 77. Recuperado el 10 de mayo de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od204a.pdf>



Punk, sindemia y desigualdad social: desesperanza letal

ALBA ROCÍO ROJAS LEÓN

Licenciada en Educación Español y Literatura, Comunicación social-Periodismo, Maestría en Lingüística.

Punk, vida y creatividad compartida

El punk revela el espíritu y la actitud del tiempo. Es un movimiento con una furia maravillosa, estridente para otras personas; pero con una manera diferente de ser. Halagüeña o no, según desde donde se observe, los punkeros, hombres y mujeres, como contracultura urbana tienen un manifiesto sentido de independencia e innovación, así como una creatividad con espíritu libre, que está ausente en la cultura de la juventud tradicional de hoy. Para alguna gente, el punk ha representado una oportunidad para pensar por sí mismos, para preguntarse y cuestionar seriamente los prejuicios de la sociedad y el elitismo de las generaciones pasadas; sus cultores reconocen que “El rock, el punk salvaron nuestras vidas” (Tetilla, 2021).

Es un frenesí creativo que ha inspirado a muchos jóvenes a dejar de ser consumidores pasivos de la música y a dejar a un lado la de sus antepasados. Se han dedicado a producir música, a escribir sobre ésta y acerca de temas políticos, sociales, ambientales, culturales y artísticos en fanzines, en libros (historia, poesía, ensayo, cuento, biografía, manifiesto), en letras de canciones, consignas, grafitis, lettering, stencil, lemas y símbolos.

Un perfil sociodemográfico de la escena punk de Medellín requiere efectuar una investigación de muchos meses, con arduo trabajo de campo y sistematización, para poder correlacionar las categorías de punk, sindemia y desigualdad social. Con las cuarentenas estrictas los fines de

semana y los puentes festivos, Colombia entró en un período de cuarentena “selectiva” de aislamiento obligatorio, durante cinco meses (20 mar. - 5 sep. 2020) para contener la pandemia de COVID-19. Los confinamientos o encierros demarcados por los límites de las calles, de los parques, del espacio público y dentro del bien privado, territorio delineado por el índice señalador de la ley, es complejo encontrarse con el universo punk para seleccionar una población objeto y muestra adecuada para una interesante investigación de una comunidad poco estudiada en el ámbito de la salubridad pública.

La vigilancia de la autoridad y la estrategia que se aplica en este 2021, es la del 4 x 3, también conocido como “acordeón” (por analogía con este instrumento musical, el fuelle se abre y se cierra, se toca el acompañamiento con la izquierda y la melodía, con la derecha, al pulsar las teclas y botones), para frenar la velocidad del COVID-19, obstaculiza un adecuado trabajo de campo. Los punkeros se encuentran de noche en el espacio público del Centro de Medellín y de los barrios, canchas, esquinas, casas, calles, conciertos, bares, casas de cultura. A ello se agrega el toque de queda y la ley seca.

Pero a modo de observación, el rango de edades partícipes del punk en Medellín es desde los adolescentes de 13 años, pasando por los jóvenes de 14 a 26, hasta los adultos de 27 en adelante. Hay más hombres que mujeres punk, con escolaridad formal e informal, así como en las ocupaciones. Habitan en todas las comunas de Medellín: Castilla, Doce de Octubre, Robledo, Manrique, Santa Cruz, Popular, Aranjuez, San Javier, Buenos Aires, Villa Hermosa, La Candelaria, Belén, Guayabal y con menor presencia en las

de Laureles-Estadio y El Poblado; y en cuatro de los cinco corregimientos: Santa Elena, San Cristóbal, San Antonio de Prado y Altavista.

Para los fines de participación y derechos sociales de los que trata la presente ley [1997], se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad. Esta definición no sustituye los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes en las que se establecen garantías penales, sistemas de protección, responsabilidades civiles y derechos ciudadanos (Congreso de Colombia, 1997).

En el punk, priman los jóvenes, cuyo mundo comprende modos de sentir, de pensar y de actuar, expresado en ideas, valores y actitudes, con su propio dinamismo interno. La juventud, como una etapa creativa, vital y formativa, se entiende como “el cuerpo social dotado de una considerable influencia en el presente y en el futuro de la sociedad, que puedan asumir responsabilidades y funciones en el progreso de la comunidad colombiana” (Congreso de Colombia, 1997: Art 4). Para ello, se requiere de una formación integral y participación, “El Estado, la sociedad civil y los propios jóvenes crearán condiciones para que la juventud asuma el proceso de su formación integral en todas sus dimensiones” (Art. 5, Ley 375 de 1997).

Y la juventud punkera sí se ha involucrado en la educación. Los jóvenes se forman en las modalidades de educación formal, no formal, e informal y culminan el proceso educativo seleccionado: bachilleres, técnicos, tecnólogos y/o universitarios. Otros, hombres y mujeres, incursionan temprano en la vida laboral, por

necesidad, oportunidad o deseo, en diversas artes y oficios: artesanía, joyería, tatuaje, comercio sedentario o nómada, mecánica, electrónica, dibujo, pintura, peluquería, diseño de moda, construcción, música, organización de conciertos, entre otras.

Una dimensión relevante es la música. El arte de combinar sonidos en una secuencia temporal, atendiendo la armonía, la melodía y el ritmo, con un efecto estético a lo punk, sea agradable o no al oído, es la pasión de los punkeros. Muchos jóvenes, mujeres y hombres, que luego llegan a la adultez (“vieja guardia”), son y siguen fieles a la escena punk. En su tiempo libre, se dedican al punk, ya que en el otro se desempeñan en diversas actividades profesionales o de oficios.

Estudian música desde muy jóvenes: manejo de instrumentos musicales, creación de letras de canciones, composición musical, formación en sonido y manejo de equipos para conciertos y ensayaderos, producción de grabaciones que convierten en productos en formatos CD-R, video, vinilos. Además, elaboran revistas tipo fanzine, editan libros sobre diversos temas del punk, organizan eventos y conciertos, tours a conciertos punk en Colombia y conversatorios. Y se comunican por celular, redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram, mensajería), blogs, sitios web, canales en YouTube... Estas son varias de las dimensiones del ser punk en Medellín (Colombia), año 2022, siglo XXI.

Pero esta dinámica punk tiene que ver con la participación, a su manera, en la vida económica, cultural, ambiental, política y social del país. Muchos se encuentran en condiciones de vulnerabilidad manifiesta, dado que ellas y ellos ven, en su contexto familiar,

social, cultural, ambiental y político, cómo las condiciones de igualdad de oportunidades no son reales ni efectivas para todos. La música es un vehículo de identidad que une y cohesionan a quienes, la sociedad de los “normales” y de los que pregonan que “los buenos somos más”, denominan con epítetos despectivos y descalificadores: “basura”, “sucio”, “vago”, “inútil” “despreciable”, “haragán”, “rata”, “escoria”, “podrido”, “mala hierba”.

Caminando por las calles sin saber a dónde voy, /
sin angustias ni problemas
libre del sistema estoy. / El sistema nos aliena y
nos quiere consumir / con promesas, con dinero
/ y ambición nos llenarán. // Dinero..... Angustias /
Dinero..... Problemas / Dinero..... Sistema. // Nues-
tro dios es el dinero / y sin él el hambre está, / toca
que antes te asesinen sin poderlo disfrutar / lo de-
seas, lo acaricias y por él la vida das, / el sistema lo
ha creado / y tú lo conservarás. // Dinero (...) (bis)
// Soy producto del sistema, que se quiere rebel-
lar / y mostrarle a todo el mundo cuál es nuestra
realidad. // Dinero (...) (bis). Pestes Mutantex (ban-
da punk). Dinero. Recuperado de <https://indioconcaner.wordpress.com/musica/letras-de-canciones/letra-de-dinero-pestes-mutantex/>

Sentenciando la muerte, a ritmo de los acordes de la batería, el bajo, la guitarra y el/la vocalista, y a base del punk, el “ruido” de los conciertos cesó en lugares como el *Sub*, *Barhaus*, *Ciudad Frecuencia*, bares de zona *Bantú*, *Matacandelas*, *Biblioteca Gabriel García Márquez*, *parque Juanes*, *Casa Lesmes*, *teatro Porfirio Barba Jacob*, *Liceo Gilberto Alzate Avendaño*, *finca en Acevedo*, *Cancha del Popular*, *bosque de Villatina*, *cancha Cincuentenario*, *parque Juan Pab-*

lo II, Centro de Desarrollo Cultural Moravia, Santa Elena, Barnaby Jones, BMW, casas de la cultura, bibliotecas, teatros... La audiencia quedó sin “tokes” y los flyer, impresos y digitales (utilizados para difundir contenidos, vender o promocionar un producto o servicio), fueron suspendidos en la mente creativa de los diseñadores, organizadores, músicos y seguidores de la escena.

La mayoría de las citas musicales de próximos conciertos se cancelaron a causa de las medidas de contención. Otras se pospusieron esperando que el aplacamiento del contagio fuera en pocos meses. Llegó diciembre 2020 y, nada: vacío musical colectivo desde marzo de tal año hasta hoy. A 2021, uno que otro concierto *underground* con aforo limitado (50 personas máximo), según el lugar y las normas de los Gobiernos local y nacional.

La cotidianidad musical se programaba cada ocho o 15 días para conciertos, con mínimo 4 bandas hasta 8, 10, 12... bandas en un día, o más si eran dos o tres días, de acuerdo con la programación oficial y la particular colaborativa, con autogestión en bares, canchas, centros culturales, ensayaderos, se opacó. “(...) el ritmo habitual se interrumpe, como en esas canciones en que la batería se detiene abruptamente y la música parece simplemente dilatarse para no callar (...). Un silencio insólito por doquier” (Giordano, 2020, p. 11).

¡Atención! “La vida es una sentencia / que programa tu existencia, / que se acaba día a día, / muriéndote de agonía. / ¡Oh! ¡oh! ¡oh! ¡oh! ¡oh! ¡oh! ¡oh! / Yendo programados, / al abismo te has tirado; / ya no llegas muerto / ni siquiera condenado / (López Amariles [KDH], 1997).

“Lloras, escupes, gritas, te lastimas y, al final del día, descubres que estás vivo, que todo lo que has hecho hasta ahora ha valido la pena porque tu presencia ha ayudado a cambiar un entorno que simplemente parecía tragarnos con su monotonía por fin lo has comprendido: ‘El punk o ha muerto!’” (David-Larva, 2021).

Y llegó la COVID-19 a Colombia. Salió a la luz pública en la segunda semana de marzo de 2020. Casos, hospitalizaciones, cuarentena, confinamiento, contagio, bioseguridad, muerte, incredulidad, decretos, presidente Duque diario en Tv, gráficos, estadísticas, control, termómetro 38° ¡SOS!, descontrol, ansiedad, depresión, alcohol, drogas, neveras sin alimentos, trapos rojos en puertas y ventanas de barrios, donación oficial y privada de mercados, hambre, cierre de restaurantes, bares, salas de teatro y de cine, estadios, piscinas, gimnasios, lugares para conciertos... Toque de queda, pico y placa de número último de cédula para ir de compras, ley seca, cierre variable de la ciudad desde las 18:00, las 20:00, las 22:00 hasta las 5:00 de la madrugada. ¡Cuidado! Las aglomeraciones, cuando se salen de control, son de alto contagio. Alta ocupación de UCIs (Unidad de Cuidado Intensivo), el oxígeno agotado para los contagiados superar el virus, los hospitales y clínicas al tope de pacientes con varias enfermedades, entre ellas COVID-19, urgencias y emergencias. Angustia, tristeza, dolor, muerte. Y el punk siguió girando en la órbita del cerebro de sus cultores: un cambio en las rutinas y el ritmo urbano:

Esto no es un cuento. / Se llama sensación / lo que escucharás en esta canción, / es lo que se vive / en el teatro del dolor (...). // ¡Hambre en Etiopía! / ¡Hambre en Paskistán! / ¡Hambre en las calles / de

nuestra ciudad! ¡Ay! // ¡Las madres y sus niños / muriendo de dolor, /mis ojos no resisten/, /explotan de dolor, / las madres y sus niños, muriendo de desnutrición (...) // Los hombres agonizan en las villas miseria. (HDH, 2020, 3'24").

Pandemia sin sindemia?

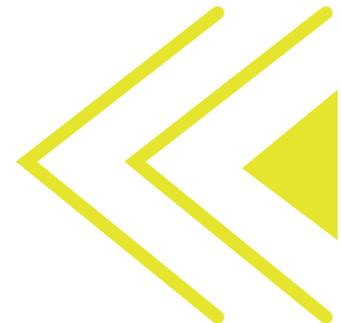
Considerar al COVID-19 como una pandemia, es tener solamente una mirada biomédica. Ya es claro que urgen prácticas de prevención, acción y autocuidado que coadyuven a disminuir el contagio como el distanciamiento físico, el uso de tapabocas, el lavado frecuente de manos, la aireación de espacios y el evitar las aglomeraciones. Estos son protocolos universales de bioseguridad.

Pero la COVID-19, excluye la sindemia, enfoque que explicita las interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y las políticas de salud individuales y colectivas. Con mayor razón, cuando se habla de las enfermedades comórbidas (hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, cáncer) y su incidencia en el contagio del virus y el desenlace fatal en las comunidades; las causas de estas enfermedades en los habitantes también son desatendidas en los países pobres. Una persona es pobre cuando carece de, al menos, uno de estos derechos sociales: acceso a la educación, a servicios de salud, a seguridad social, a alimentación, a vivienda y servicios básicos en ésta.

El término *Sindemia* remite a esta compleja definición:

Agrupación de problemas sociales y de salud a nivel de población. Los criterios de una sindemia son: (1) dos (o más) enfermedades o condiciones de salud se agrupan dentro de una población específica; (2) los factores contextuales y sociales crean las condiciones en las que dos (o más) enfermedades o condiciones de salud se agrupan; y (3) la agrupación de enfermedades da como resultado una interacción adversa de la enfermedad, ya sea biológica o social o conductual, aumentando la carga de salud de las poblaciones afectadas (Singer, Bulled, Ostrachd y Mendenhall, 2017, p. 942).

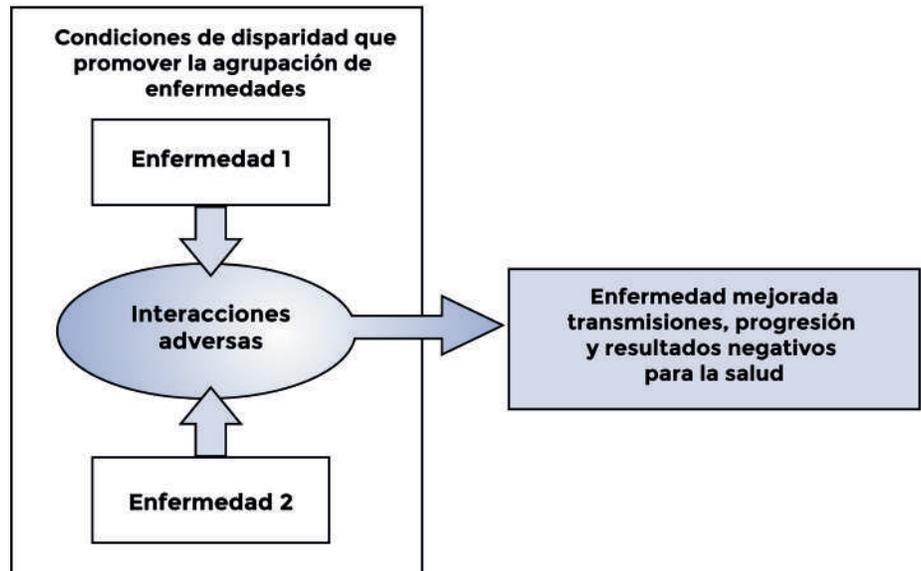
En el artículo “Las sindemias y la concepción biosocial de la salud” (*Syndemics and the biosocial conception of health*), Singer et al presentan el modelo



sindémico (Syndemic model) de salud centrado en el complejo biosocial, salud y contexto (Imagen 6).

Imagen 6. Modelo de una sindemia. Tomada de Singer, M. et al. (2017).

Modelo sindémico



Si se tienen dos afecciones (1 y 2) con interacciones adversas, en esa concurrencia se propicia un incremento de transmisión y progresión, con resultados adversos para la salud. Y si se le suman factores sociales y ambientales, que promueven y potencian los efectos negativos de la interacción de las enfermedades, se afecta la salud de la persona.

Comprender la interacción bio-social es fundamental para desarrollar protocolos de prevención y tratamiento eficaces para las personas (...) porque intentar tratar o prevenir (...) sin abordar otros factores biológicos y estructurales que contribuyen a su propagación y progresión, no ha producido los mejores resultados (...) y se ve muy afectada por condiciones sociales y estructurales como la pobreza, la marginación, la desigualdad de género, la desnutrición y el estigma (Singer et al, 1997, p. 943).

Varias realidades se suman para la consideración de la sindemia: vulnerabilidad, interacción, factores de riesgo, sindemogénesis, iatrogénesis, contrasindemia, ecosindemia y sindemia de guerra, aportadas por Singer et al.

- **Vulnerabilidad sindémica.** Integración de niveles epidemiológicos y expe-

rienciales de análisis de múltiples problemas sociales y de salud superpuestos que aumentan la morbilidad y la mortalidad como resultado de la agrupación sindémica de las condiciones sociales y de salud dentro de un determinado contexto.

- **Interacción sindémica.** La co-ocurrencia de condiciones sociales y de salud incluye interacciones socio-psicológicas, socio-biológicas y psicológicas-biológicas, que agravan la condición de la persona o población afectada.

- **Factor de riesgo sindémico.** Factores sociales, políticos, económicos y ambientales que aumentan el riesgo de agrupamiento de dos o más enfermedades.

- **Sindemogénesis.** Los procesos, vías y etapas del desarrollo de una sindemia que involucran una enfermedad-contexto social e interacciones enfermedad-enfermedad.

- **Sindemia iatrogénica.** Una interacción sindémica causada o agravada por el tratamiento médico, como ocurrió en Egipto con campañas de inoculación contra la esquistosomiasis que utilizó tártaro emético intravenoso infectado por el virus de la hepatitis C; o el tratamiento médico de una enfermedad que se ve debilitado por las acciones de otra enfermedad.

- **Contrasindemias.** Cuando un rasgo biológico, enfermedad, comportamiento o condición social proporciona un beneficio protector contra otras interacciones de enfermedades, como se ve en la protección contra la fiebre maculosa de las Montañas Rocosas potencialmente letal que se puede conferir después de la exposición a *Rickettsia amglyommii*.

- **Contrasindemia involuntaria.** Cuando los esfuerzos por tratar una enfermedad mejoran la eliminación de otra.

- **Eco-sindemias.** El clima extremo contribuye a

condiciones severas que fomentan la migración, la descomposición de ambientes construidos y el metabolismo de organismos patógenos que resultan en mayores tasas de crecimiento y división celular, así como otras interacciones.

- **Sindemias de guerra.** La guerra y el conflicto son eventos biosociales traumáticos que comprometen las condiciones existentes y el acceso a la atención médica, lo que aumenta la probabilidad de agrupación de enfermedades e interacción sindémica (1997, p. 942).

Desigualdad letal

Para el caso de la comunidad punk de Medellín, de manera cualitativa, se puede decir que las definiciones de vulnerabilidad sindémica, interacción sindémica, factor de riesgo sindémico, sindemogénesis y sindemias de guerra son aplicables y ameritan una investigación, en términos sindémicos, bio-social. “La desigualdad en salud, educación, riqueza y condiciones de vida son inaceptables, un asunto de vida o muerte” (Gaviria, 2020, p. 183).

Modificaciones genéticas, / alteraciones hipotéticas / cruzan la línea de toda humanidad / sin ponerse a pensar / en los daños que nos traen. // Malestar y sufrimiento / afección, padecimiento / despierta ahora / y toma ya el control / no permitas que el contorno / pierda dirección (Atrofixxx, 2020, 2' 15").

El deterioro y el agotamiento, y la pérdida progresiva de la visión, de la memoria y del estado de conciencia, copaban la realidad de Albeiro en

esos días de 2014. Su hígado enfermo de cirrosis y sin cura posible, trasplantado hacía siete años, era incapaz de procesar la bilis que se acumulaba en su sangre y le producía la coloración amarilla en la piel y en los ojos. Albeiro libraba su última batalla en todos los frentes: cuerpo, mente y corazón; contra una enfermedad terminal, contra los recuerdos y contra el abandono obligado del oficio de reportero gráfico, su gran pasión. (Buitrago Londoño, 2015, p. 69).

Albeiro Lopera Hoyos (Bello, 1966 - Medellín, 2015), punk y fotógrafo de Reuters, decía en entrevista con el periodista Buitrago (2015): “Mis fotos son de guerra, pero también son arte”. Para la agencia de noticias (sede en Reino Unido), el tema prioritario era la guerra en Colombia desde el fin de la década del 90.

En la interacción sindémica, la salud mental es importante en la comunidad punk porque les ayuda a enfrentar el estrés de la vida, a tener relaciones sanas y a alcanzar sus sueños. A su vez, a interaccionar de modo favorable al correlacionar salud física, trabajo productivo y participación significativa en la escena cultural y artística. Luego, la confluencia de los trastornos mentales puede aumentar el riesgo de tener problemas de salud física como el accidente cerebrovascular, la diabetes y las enfermedades cardíacas, que luego pasan a ser enfermedades comórbidas en relación con la COVID-19.

Esta desigualdad tiene que ver más con las condiciones preexistentes de salud y con la mayor exposición al virus que con el acceso a servicios hospitalarios. Las desigualdades de la vida se reflejan trágicamente en mayores tasas de mortalidad. El coronavirus reveló estas diferencias, puso de pre-

sente lo que los salubristas en todo el mundo, sin mucho eco, habían documentado por muchos años. La muerte no trata a todo el mundo igual porque la vida no es igual para todo el mundo (...). La desigualdad en salud, educación, riqueza y condiciones de vida son inaceptables, un asunto de vida o muerte (Gaviria, 2020, p. 183).

Caos y violencia, / masacre en la ciudad, / en este mundo absurdo, / no hay oportunidad. // Corrupción, impunidad, / maldita burocracia / contaminan este mundo / con falsas democracias. // Mundo podrido / mundo destruido, / mundo podrido / mundo reprimido, / mundo podrido, / mundo corroído, / mundo podrido, / mundo destruido y reprimido. // (Denuncio, 2020, 3' 56").

Pero existen factores diversos que pueden afectar la salud mental de los punkeros, tales como antecedentes familiares de problemas de salud mental, biológicos (genes o química del cerebro), experiencias de vida (trauma o abuso), estilo de vida (dieta alimentaria, consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, actividad física), entre otros. Como consecuencia, dichas personas están expuestas a tener cambios en sus hábitos alimentarios o de sueño, a aislarse de los otros y de las actividades que disfruta, a sentirse con poca o ninguna energía, a padecer dolores sin explicación, a experimentar un vacío como si nada le importara... La salud mental con sus afecciones también es una sindemia y se enmarca en un contexto de inequidad social que hace que los efectos de esta enfermedad sean más crónicos.

Caos y violencia, / masacre en la ciudad, / en este mundo absurdo, / no hay oportunidad. // Corrup-

ción, impunidad, / maldita burocracia / contaminan este mundo / con falsas democracias. // Mundo podrido / mundo destruido, / mundo podrido / mundo reprimido, / mundo podrido, / mundo corroído, / mundo podrido, / destruido y reprimido. // (Denuncio, 2020, 3' 56").

A la escena punk, ¿cuál futuro le espera?, ¿qué le deparará el porvenir?, ¿cómo será el mañana, ese tiempo futuro próximo al presente?, ¿qué vendrá, sucederá o existirá en el futuro? Severo dilema cuando se hallan frente al espacio físico ausente de vida punkera en parques, salas de conciertos (bares, teatros, fincas, canchas, bibliotecas públicas, bosques, calles, talleres, parques), lugares claves en la socialización inherente al encuentro para parchar. “En las chaquetas de muchos figuraba un escalofriante tema: No futuro, no esperanza” (David Bravo, 2016, p. 131) (NOTA: David Bravo son los apellidos de Carlos). Cuando uno renuncia a la esperanza y al miedo, muere.

¿Y de qué tengo miedo? De todo lo que el contagio puede cambiar. De descubrir que el andamiaje de la civilización que conozco es un castillo de naipes. De que todo se derrumbe, pero también de lo contrario. De que el miedo pase en vano, sin dejar ningún cambio tras de sí (Giordano, 2020, p. 25).

Da estupor cuando, con el más leve viento, las gotículas de la COVID-19 actúan en la corporeidad humana. Se derrumban los proyectos, los conciertos, los viajes, las propuestas, las obras, los planes a largo, mediano y corto plazo, justo cuando ya se iba a colocar la última carta del andamiaje. “¿Qué decadencia humana la que se respira en estas tierras / qué cementerios

vacíos y olvidados, / qué nos pasa últimamente / que no nos matamos” (Oquendo, 2016, p. 52). La salud y sus problemas afloran por todos lados: enfermedades transmisibles y no transmisibles, comorbilidades conexas y las que llegan amenazantes como la COVID-19, con sus variaciones y linajes.

Está erosionado el encuentro, la conversación compartida sobre diversos temas donde el acontecer punk es obligatorio: humor y risa, consumos de bebidas y sustancias psicoactivas (cigarrillo, marihuana, cocaína, las más comunes) e intercambio comercial de productos: boletas para conciertos, disco compacto, vinilos, fanzines, botones, camisetas, parches de bandas, chaquetas, calcomanías, libros, agenda libertaria, accesorios femeninos y masculinos, entre otros.

Tanto los productores como los consumidores no han podido continuar con su participación en el circuito; la socialización es inherente al encuentro en los espacios físicos, en el “parche”, en la esquina, en la calle, lugar amado por excelencia: “Estamos en las calles, un lugar que transformó” (Tetilla, 2021) Nota: es la última referencia, en la piel de la ciudad. “Este es un lugar donde transformó la violencia en arte” (Ospina, 2021).

Después quiso contar cosas sobre su vida. ¿Qué hacía?, ¿qué quería hacer?, ¿cuáles eran sus sueños?, ¿qué pensaba que le deparaba el futuro? Sobre el futuro, como no podía ser menos, (...) tenía sus propias ideas” (Bolaño, 2017, p. 889). (...) ahora, con las medidas higiénicas modernas, me parece una exageración (...) y esto está reñido con

las prácticas curativas para aliviar o sanar diversas afecciones (p. 620) (...) el desorden del universo, solo en ese desorden somos concebibles. (...) ¿qué quedará cuando el universo muera y el tiempo y el espacio mueran con él? Cero, nada” (p. 999).

En términos políticos, la falta de espacios de encuentro y deliberación limita la naturaleza contracultural del movimiento punkero. Ante los espacios ausentes, los punkeros han sentido la reducción de sus ingresos, pero han recurrido a la solidaridad, valor común en su idiosincrasia, y al apoyo mutuo ante la adversidad: colecta de dinero, donación de mercados, de objetos de aseo y bioseguridad. Seres colectivos.

Así pues, la epidemia nos anima a pensar en nosotros mismos como parte de una colectividad; nos obliga a hacer un esfuerzo que simplemente no haríamos en una situación normal: reconocernos inextricablemente conectados a los demás y tenerlos en cuenta en nuestras decisiones. En tiempos de contagio somos parte de un único organismo; en tiempos de contagio volvemos a ser una comunidad (Giordano, 2020, p. 36).

En asunto de drogas

No todas las dinámicas y consecuencias del punk han sido positivas: heroína, cocaína, marihuana, drogas sintéticas; pogo, escupitajos, esvásticas, cortes de cabello, para nombrar unas pocas, algunas se fueron más allá de la contracultura. Este es el caso de las adicciones. “Espero pacientemente tu veneno neutrónico, tus mutágenos, tu destrucción. Hongo de muerte que crecerá en la memoria del último hu-

mano que te vio” (Jenjacap, 2021).

“He firmado el acta de mi destino / aceptando lo que allí estaba escrito / ¿por qué ahora no soporto este sufrimiento? // Si sabría que vendría, / somos tan similares, / saben muy bien de qué les hablo, / es lo que llamo un sentimiento común” (Oquendo, 2016).

El Informe Mundial sobre Drogas 2020 ofrece una visión global de la oferta y la demanda de opiáceos, cocaína, cannabis, estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas (NPS), así como su impacto en la salud, teniendo en cuenta los posibles efectos de la pandemia del COVID-19.

Lo que se busca es cambiar el significado emocional del estrés, es decir, la manera de tratar o interpretar lo que está ocurriendo. “(...) no quiero perderme lo que la epidemia está revelándonos acerca de nosotros mismos. Como suele ocurrir, una vez superado el miedo desaparecerá también la posibilidad de tomar conciencia” (Giordano, 2020, p. 12).

Hoy he rehuído de la realidad / con cinco gramos de Pérez, / creo que se me abrirá otro hueco en la nariz / pero vale la pena / no estar sobrio, / beber alcohol, / inhalar pegante, / tan bajo que mi madre se moriría de solo verme. // Unos cuantos pitazos de bareta, / dos o tres pases, / una rueda y el resto en cocol / ¡para qué más! / le subo el volumen a la graba y listo. // Huyendo de la realidad, / perdido en el vacío, / no quiero que me encuentren / para ser normal / en una línea recta / y ver todo plano. // (...) ¡el arte es un vicio! / (...) existen miles formas

para evitar la realidad, / yo, sin embargo, / me suicido lentamente. (Oquendo, 2016, p. 73).

El Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (2020) tiene una recopilación de documentos internacionales. En “un uso de drogas más seguro durante el brote de COVID-19”, ofrece “Orientaciones sobre COVID-19 en materia de drogas”, para un uso más seguro, relacionando la pandemia del COVID-19 y consumo de sustancias psicoactivas. Al respecto, le dice al consumidor cómo consumir drogas, haciendo lo que mejor se pueda para evitar el contagio pandémico:

Consejos de reducción de daños. Algunas de estas cosas son más fáciles de hacer que otras, y algunas pueden parecer imposibles, todo depende de tu situación actual. Haz lo mejor que puedas.

- Comunícate con tus amistades, los proveedores de servicios de reducción de daños y jeringuillas que conozcas, y otros proveedores de atención médica o servicios sociales para que puedas planificar qué hacer, te mantengas seguro y se puedan cuidar entre sí.

- Práctica un uso de drogas más seguro, MINIMIZA LA NECESIDAD DE COMPARTIR TU EQUIPO. No compartas cigarrillos electrónicos / cigarrillos normales, pipas, bongas o porros / churros / joints, o tubos nasales como sorbetos [pitillos]. Si tienes que compartir, practica la reducción de daños con tu equipo (limpie las boquillas con alcohol antes de compartir o use boquillas separadas). Pon el equipo para fumar, inhalar e inyectarse que ya esté usado en un recipiente de desechos biológicos para que la gente sepa que ya se usó.

- MINIMIZA EL CONTACTO. Si tienes sexo o haces trabajo sexual, el COVID-19 se puede transmitir a través de contacto cercano, como toser, besar o tener contacto directo con fluidos del cuerpo.

- PREPARA TUS DROGAS POR TU CUENTA. Lávate bien las manos por 20 segundos con jabón y agua y prepara tus drogas por tu cuenta. Mantén las superficies limpias y pásales un paño antes y después de usar; puedes usar paños preparados contra bacterias, con alcohol (un mínimo de 70% de alcohol) o con cloro. Si no puedes prepararte tus propias drogas, quédate con la persona que las esté preparando. Haz que se lave bien las manos, y limpien bien todo antes y después.

- PLANIFICA Y PREPÁRATE PARA UNA SOBREDOSIS. Es posible que los servicios de emergencia estén sobrecargados durante un brote de COVID-19 y respondan lentamente las llamadas al 911. Guarda toda la naloxona y todas las tirillas de prueba de fentanilo [droga 50 veces más potente que la heroína que tiene en alerta a EE.UU. / narcótico que se puede usar como anestésico y como analgésico] que puedas. Guarda una máscara de respiración para usarla en caso de que alguien necesite respiración de rescate (ODC, 2020, p. 3).

La Punkovid

Al fragor de la pandemia, el punk no ha muerto ni punkeros tampoco por la COVID-19 en Medellín. Pero varios sí se han contagiado y recuperado.

No es por su aguda vista / ni por su poderoso olfato, / son los signos de la muerte / los que le ayudan / al gran buitro negro. // (...) Buitro negro volando

sobre mis restos, ¡aquí estoy! / carroña humana / esperando a la negra ave / para que devore lo poco que ha quedado (Oquendo, 2016, p. 116).

Otros han fallecido por enfermedades diversas:

Jorge “Jota” Montoya (1971 - 🧟 2020), vocalista de Peste Mutantex y Procesx, de un infarto. Su legado es muy importante para el rock y el punk de Colombia y Medellín.

“Pertenebió a la primera generación de punkeros de Medellín, la cual dio los primeros pasos para que esta cultura se tomara el país. Su voz quedó inmortalizada en la banda sonora de Rodrigo D. No Futuro: [¿será muerte vivir tanto?] (1990) donde cantó con Pestes: *Dinero, Nunca triunfé y No-No*, canciones que han marcado a varias generaciones. (...) Cuando Peste y Mutantex se unieron, crearon Peste Mutantex y siguió al frente de la voz. Fue uno de los fundadores de *Asorock Medellín*, proyecto de agremiación de las bandas de rock de la ciudad y sus alrededores (Fortín del Caballero, 2020).

Fáber López Amariles (1975 - 🧟 2020), vocalista de KDH (Kaso de Homicidio), de una bacteria. Poeta, gestor cultural, organizador de conciertos en la comuna 6, conocedor y conferencista del punk, productor de compilados de música punk.

El pasado 9 de diciembre [2020] falleció Faber, un punk que siempre luchaba por los derechos de los animales y por la dignidad del ser humano, una persona que trabajó incansablemente por la unidad en la escena paisa y asumió el papel de padrino de muchas bandas de la ciudad de Medellín. (...) Faber, un personaje que dedicó cada día de su vida a servir a los demás, Un punk al que todos querían. Faber será recordado siempre por ser una persona desinteresada, amable, bondadosa y servicial, fue alguien que siempre trabajó en pro de la escena punk y la comunidad, apoyaba a las bandas emergentes, con quienes compartía música y conocimientos, sin importar su edad o si no sabían tocar bien sus instrumentos, Faber siempre tenía un buen consejo o una palabra de ánimo. Durante los últimos meses estuvo trabajando con la comunidad de los barrios menos favorecidos de Medellín que estaban pasando por situaciones económicas difíciles a causa de la Pandemia. También estuvo trabajando en una compilación de Punk que llevará por título ‘*La Punkcovid*’, la cual está próxima a lanzarse. (Tello, 2020).

Y otro joven de 21 años (2000 - 🧟 2021), por sobredosis de heroína mezclada con cocaína.

No obstante, el “ruido” (música punk) visceral está vivo e inquieto. La acción colaborativa de “*hazlo tú mismo*” (DIY, Do It Yourself, en inglés) pervive en la escena punk, a pesar de la pandemia, las restricciones y el confinamiento periódico. La libertad ya tiene su presencia en la escena punk desde la década del 80. Basados en la gestión directa de la obra, manera y camino para el desarrollo y expresión de las capacidades creativas individ-

uales y grupales, diez bandas de punk, se unieron en un proyecto colectivo, para producir un compilado de 30 canciones de punk que plasmara el descontento ante la incertidumbre del mundo frente a la COVID-19. Tres canciones grabó cada banda (8 de Medellín; 1, México; 1, Estados Unidos: *Censura*, *Pichurrias*, *Los plones*, *KDH*, *Proxtatkoz*, *Orden kaótico*, *Los gargajos (USA)*, *Denuncio*, *Atrofixxx*, *Buddy G-Man and the medicados* (México), mediante la virtualidad. El resultado: *La Punkovid: por un mundo sin armas biológicas*, Vol. 1, 2020, formato Cd-R

(Imágenes 7 y 8).



Imagen 7. *La Punkovid*. Vol. 1. Cd-R (10 bandas, 30 canciones), Medellín, 2020. Tapabocas, diseño Melissa Arbeláez. Foto: Rocío Rojas, 2021.

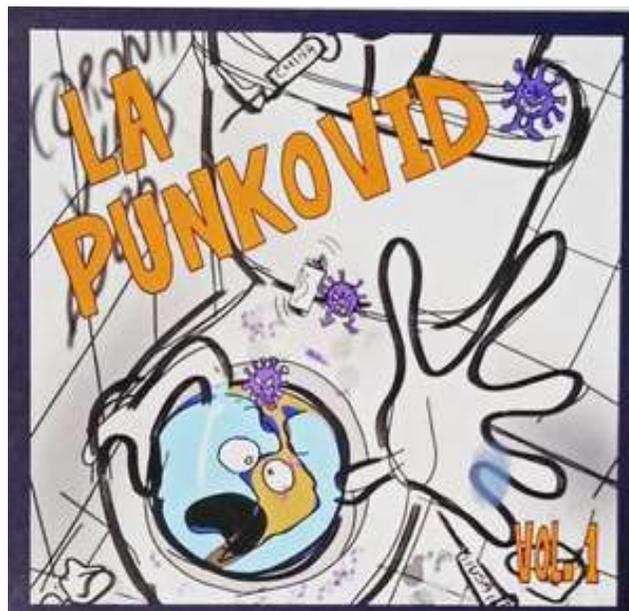


Imagen 8. *La Punkovid*. Vol. 1. Portada y contraportada. Producción: País de Mierda Records. Octubre 2020, Medellín, Colombia. Foto: Rocío Rojas, 2021.

Aprendizajes contextuales

La investigación de comunidad y salud pública, requiere aplicar el modelo sindémico para avanzar más allá de la pandemia en sí misma. La vulnerabilidad, la interacción, los factores de riesgo, la sindemogénesis y la sindemia de guerra son aplicables y ameritan que se trabaje en términos sindémicos, o sea, biosocial, en el caso de la escena punk de Medellín como territorio. En tiempos de contagio, se vuelve a pensar en comunidad como un

organismo interactuante, con diversos frentes de acción: biológicos y sociales en contexto. Pero hay que trascender esta geografía local porque, ya es un hecho, el mundo, con la COVID-19 pandémica, es una comunidad global: la totalidad de los seres humanos.

Cartografía punk. Investigar con periodicidad los efectos de la COVID-19 en los circuitos punk de Medellín y área Metropolitana: espacios de oferta cultural punk, componentes de la escena punkera, audiencias, movilidad interurbana y metropolitana, actores del movimiento cultural y contracultural: líderes, lideresas, músicos, gestores. Trabajo de campo. Productos y consumos.

Salud física y mental. La salud debe fortalecerse en las comunidades focalizadas como es la de los punkeros: mejorar las capacidades locales de la ciudad para una aplicación adecuada de los servicios integrales de atención primaria en salud física y emocional, para quienes han sido afectados por el conflicto colombiano, las adicciones, los riesgos alimentarios, la ansiedad y la depresión, la incredulidad y la desconfianza frente al Estado y la escasez de recursos económicos.

Paciencia y creatividad. Para construir algo hay que concentrarse, ser cuidadosos y, sobre todo, tener mucha paciencia para alcanzar algo que nunca se ha tenido. Hay que trabajar: *Do it yourself* (DIY) (Hazlo tú mismo). Ser optimista y soñar lo mejor, mientras se hace todo lo posible por hacer realidad lo que se anhela. Concentrar energías para hacerle frente a los desafíos de cada momento y, sobre todo, para construir los andamiajes, más allá de las brisas que puedan tumbar los castillos de naipes. Intentar construir torres de verdad con las cartas que ofrece la vida. Sacar la vena arquitectónica propia para diseñar la maqueta que conduzca a la cima de los deseos cumplidos.

Esperanza. Procurar un mayor equilibrio al pensar que los proyectos de vida pueden ir más allá de la plata, los amores o la simple comodidad. La salud es importante. Simplemente, se abren nuestras manos para recibir algo igual o mejor de lo que se posee. La esperanza es la confianza para lograr la realización de lo que se desea.

Compartir. En la vida, es un deber ser, compartir con los más necesitados y comunicarse de una manera cariñosa con quienes lo rodean. Muchas personas tienen vidas desiertas de amor; cada persona puede ser un oasis para ellas. Aprovechar la vida para alimentar el corazón de otros y escoger la manera en cómo va a afectar o ayudar a alguien. Esta decisión es de lo que se trata la vida.

Entusiasmo. Ser un optimista tenaz para ver en todo lo que le ocurre una oportunidad más de disfrutar la vida con espíritu alegre y con la esperanza activa de decidir ser, en el futuro inmediato, la persona exitosa que merece ser.

Vigilia comunitaria. Es importante y estratégico establecer nexos con lideresas y líderes de opinión del movimiento punk para que sean mediadores, entre los científicos, los médicos y demás personal de la salud, y la base de la población punkera y sus familias: campañas temáticas, pandemias, sindemia. Vigilancia de base comunitaria punk.

Destruir y construir. La vida no tiene repuestos. Cuidar la salud mental, las emociones. Resistir, resiliencia, acomodarse a las circunstancias. Reconocer situaciones y necesidades locales para responder a los retos de la salud pública.

Bibliografía

Atroflxxx (octubre 2020). Atentado a la vida [Canción]. En *La Punkovid*, Vol. 1. Track 14. País de mierda records / Gerencia de Causas perdidas. Medellín, Colombia. 2' 15".

Buitrago Londoño, A. (2015). El 9, Albeiro Lopera, un fotógrafo en guerra. Medellín, Colombia; Tragaluz editores. Congreso de Colombia (1997). *Ley 375 de julio 4 de 1997 por la cual se crea la ley de la juventud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-85935_archivo_pdf.pdf

David Bravo, C. A. (punkero), (2016). *Mala hierba: el surgimiento del punk en el barrio Castilla (1985-1995)*. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín.

David-Larva (punkero), (2021). Collage. *Fanzine de la Gonorriental*: el día que el punk madrugó. Marzo. Medellín, Colombia.

Denuncio (octubre 2020). Mundo podrido [Canción]. En *La Punkovid*, Vol. 1. Track 04. País de mierda records / Gerencia de Causas perdidas. Medellín, Colombia. 3' 56".

Fortín del Caballero (2020). *Gran pérdida para el punk colombiano. Jota Montoya, de Procesx y Pextes Mutantex, fallece. 14 ago.* Recuperado de <https://www.fortindelcaballero.com/Fortín-del-caballero-5593-gran-perdida-para-el-punk-colombiano-jota-montoya-de-procesx-y-pextes-mutantex-fallece>

Gaviria, A. (2020). *Desigualdad y autoritarismo en los tiempos del COVID-19. Coronavirus diez especulaciones sobre el futuro*. Bogotá, Colombia: Planeta colombiana. p. 177-190.

Giordano, P. (2020). En tiempos de contagio. Bogotá, Colombia: Penguin Random House.

Jenjap (punkero), (2021). Bobo. *Fanzine de la Gonorriental: el día que el punk madrugó*. Marzo. Medellín, Colombia.

López Amariles, F. (vocalista punkero), (1997). Sentenciando a la vida. Álbum *Futuro incierto*. KDH (Kaso de Homicidio), banda punk, Medellín). Recuperado de <https://soundcloud.com/kdh-punk-medallo/sets/futuro-incierto> 3':02.

Kaso de Homicidio (HDH), (octubre 2020). Nuestra humanidad [Canción]. En *La Punkovid, Vol. 1*. Track 12. País de mierda records / Gerencia de Causas perdidas. Medellín, Colombia. 3' 24".

Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (2020). *Un uso de drogas más seguro durante el brote de COVID-19*. [26 abr. 2021]. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/espanol-safer-drug-use-during-COVID19.pdf>

Oquendo, G. (punkero), (2016). *La carga. Manifiesto punk tercermundista y otras blasfemias*. Bogotá, Colombia: La valija de fuego.

Oquendo, G. (punkero), (2016). *Un transeúnte más. Manifiesto punk tercermundista y otras blasfemias*. Bogotá, Colombia: La valija de fuego.

Ospina, W. (Chicolino punkero), (2021). Collage. En *Fanzine de la Gonorriental: el día que el punk madrugó*. Marzo. Medellín, Colombia.

Pestes Mutantex (banda punk) (2014). Dinero [Canción]. En *Punk Medallo*. Formato: CD álbum. Sello: Sub-00000. Medellín, Colombia. Recuperado de <https://indioconcancer.wordpress.com/musica/letras-de-canciones/letra-de-dinero-pestes-mutantex/> // <https://www.discogs.com/es/Peste-Mutantex-Dinero-Punk-Medallo/release/13679593>

Singer, M.; Bulled, N.; Ostrachd, B. y Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. (Las sindemias y la concepción biosocial de la salud). *LANCET* Vol. 389, 4 mar. Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext)

Tello, 2020. *La escena Punk de Medellín despide a 'Faber'*. La 19. Playa centenario. 15 dic. [29 abr. 2021]. Recuperado de <http://www.tropicalpunkrecords.com/2020/12/15/la-escena-punk-de-medellin-despide->

a-faber/, consulta: 26 abril 2021.

Tetilla (punkero), (2021). Collage. En *Fanzine de la Gonorriental: el día que el punk madrugó*. Marzo. Medellín, Colombia.



La desigualdad es la peor pandemia¹

JOAN BENACH

Profesor, investigador, salubrista y director del Grup Recerca Desigualtats en Salut (Greds-Emconet, UPF); JHU-UPF Public Policy Center; Departament de Ciències Polítiques i Socials (Sociología, UPF).

Joan Benach colabora en el Grupo de Investigación Transdisciplinar sobre Transiciones Socioecológicas, (GinTrans2, UAM).

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

Leonard Cohen

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

José Saramago

Resumen

La pandemia del coronavirus ha enseñado lecciones tan relevantes como apreciar la importancia del trabajo “esencial” que realiza una clase trabajadora precarizada y despreciada, comprender la relevancia crucial de la sanidad pública y los cuidados en nuestras vidas, o estimar que somos una especie frágil y dependiente de los demás y de una naturaleza de la que formamos parte. El sufrimiento, enfermedad y muerte masivos creados por el Coronavirus, no sólo constituyen un enorme problema de salud pública, sino que la pandemia es un “catalizador” que amplifica y extiende desigualdades, a su vez generadoras de una multiplicidad de epidemias sociales interrelacionadas. Este artículo explica por qué las principales causas que configuran la salud colectiva son socio-políticas, describe sus efectos sobre la inequidad, muestra por qué la desigualdad

social ha generado una “pandemia de desigualdad”, analiza las limitaciones de la gestión política realizada durante la pandemia, explícita por qué es fundamental disponer de una “vacuna social” que pueda hacer frente a la desigualdad de salud y, finalmente, muestra por qué nuestro peor “virus” es el capitalismo neoliberal.

Comprender las causas de la salud colectiva

El concepto de salud abarca dimensiones e indicadores tan diversos como sentirse sano, tener calidad de vida, estar enfermo, sufrir trastornos de salud mental y morir prematuramente, pero también otros conceptos menos analizados y más difíciles de estudiar, ya sea en un sentido de salud positivo como estar feliz, sentir la alegría de vivir y dar sentido a la vida, o bien negativo, como sentirse abandonado, sufrir malos tratos o violencia, o estar alienado². Aunque habitualmente estamos familiarizados con una visión médica y personal de la salud (la propia o de un familiar por ejemplo), también debe analizarse desde dos puntos de vista adicionales en los que este texto centra su atención: **la salud poblacional³ y la salud de los grupos sociales** según su clase social, género, etnicidad, situación migratoria, edad, identidad cultural o sexual, discapacidad, o territorio en el que se vive.

Al reflexionar sobre las causas de la salud colectiva, la visión hegemónica suele destacar la biología, los

hospitales y tratamientos médicos, las tecnologías y vacunas, y la responsabilidad personal como factores principales. No obstante, los **factores biomédicos y genéticos**, aún y siendo relevantes, juegan un papel menor en la producción colectiva de la salud y la enfermedad dado que hay pocas enfermedades que tengan una causa exclusivamente genética y, además, porque la biología interactúa constantemente con el ambiente, de modo que éste puede o no compensar una determinada desventaja genética. Y es que **estar predispuesto no quiere decir estar predeterminado**. Por su parte, el derecho a tener una **atención sanitaria de calidad** ha sido una importante conquista social de la segunda mitad del siglo XX para una parte de la población mundial, un avance equiparable al derecho al sufragio, la educación o tener una pensión.

Lamentablemente, en un mundo donde el sector sanitario sufre desde hace años un proceso de privatización y mercantilización^{4,5}, la mitad más pobre de la población mundial aún no dispone del acceso a servicios sanitarios, medicamentos y cuidados esenciales. De todos modos, a pesar de ser una importante necesidad social, disponer de servicios que nos curen, rehabiliten o ayuden cuando enfermamos contribuye relativamente poco a la salud poblacional.

No olvidemos que cuando recibimos atención sanitaria o cuidados es porque a menudo ya nos hallamos enfermos y precisamos de ayuda. Pero, ¿por qué hemos enfermado? La tercera causa de salud hegemónica son **conductas asociadas a la salud** como por ejemplo los hábitos alimentarios o fumar, entre otras muchas. La ideología liberal nos dice que ser libre es “hacer lo que queremos”, pero no hacemos lo

que queremos sino casi siempre lo que podemos o lo que nos dejan hacer. La visión “individualista” de los mal llamados “estilos de vida” nos aísla, nos culpabiliza y además es menos efectiva socialmente⁶. Como hemos visto con la pandemia del coronavirus, un problema de salud pública no se puede comprender ni resolver con una mirada que, básicamente, haga hincapié en los factores personales, por relevantes que éstos sean. ¿Por qué enfermamos entonces? ¿De qué depende nuestra salud?

Los seres humanos no somos “máquinas biológicas”, separadas de la sociedad, que sufre efectos genéticos inevitables, sino **animales sociales fuertemente condicionados por nuestro entorno**. Somos “seres totales”, donde todo está integrado. Sin embargo, **el modelo biomédico dominante separa la mente del cuerpo**, desconecta las emociones de la salud física, y **separa al individuo de su entorno**, de manera que las personas quedan “aisladas” de sus contextos. Sin embargo, la enfermedad y la salud son el resultado de muchas causas interrelacionadas de tipo sistémico e histórico que no deberíamos separar. Los principales factores **de la salud y la equidad son determinantes eco-sociales** como la pobreza, el desempleo, la vivienda, o el medio ambiente por citar sólo algunos. El factor crucial que origina el encadenado causal de cómo y por qué una población está sana, enferma o muere prematuramente es **la política** (Benach, 2020). Como ha sentenciado el presidente de Brasil Lula da Silva “todo depende de la política” (El País, 2021). ¿Por qué? Pues porqué las ideologías y las desiguales relaciones de poder político condicionan las políticas públicas en materia fiscal, en relación a la precarización laboral, los desahucios, la contaminación, la degradación ecológica, la cultura,

la violencia estructural contra las mujeres, la debilidad y el tipo de modelo de sanidad pública, la ausencia de una red de cuidados, o la desigual falta de oportunidades. **Cada una de estas políticas está interrelacionada entre sí** y, por una u otra vía, aunque no las veamos o no tengamos conciencia, afectarán nuestra vida y finalmente a nuestra salud. Y es que al estar más o menos expuestos a factores de riesgo de muy diversos tipos, lo político y lo social **“entra” dentro de nuestros cuerpos y nuestras mentes y se “expresa” en forma de salud y bienestar o bien en forma de daño psico-biológico** con enfermedades, sufrimiento y muerte prematura (Benach et al, 2017. Por ejemplo, si una mujer migrante llega a urgencias de un hospital con un infarto de miocardio, es porque su cuerpo y su mente expresa todos los problemas y factores de riesgo acumulados (estrés, hipertensión, obesidad, diabetes, etc, completar o terminar) durante su vida que, finalmente, se reflejan en su psicología y en su biología. Su historia personal y su salud, es también la historia y la salud de su clase social, de su género, de su situación migratoria, y del colectivo social, comunidad y país al que pertenece.

El coronavirus es una “constelación de epidemias”

Casi todas las enfermedades interactúan dentro de un contexto social caracterizado a la vez por la pobreza, las privaciones materiales y desigualdades sociales crecientes. También en el caso de la COVID-19 observamos cómo **la confluencia simultánea de**

numerosos determinantes sociales como las condiciones de empleo y trabajo (donde se incluye el trabajo doméstico y de cuidados), la riqueza y su distribución, la accesibilidad y condiciones de vivienda, el tipo de transporte y movilidad, los servicios disponibles (incluyendo los sanitarios y sociales), y el entorno ambiental, entre otras, generan cambios significativos en los indicadores de salud en determinadas áreas geográficas y grupos sociales. Por ejemplo, el mayor riesgo de contagio que sufren grupos de población precarizados, desahuciados, migrantes, etc., a causa de la posibilidad o no de teletrabajar, mantener la distancia social y usar (y poder cambiar con frecuencia) mascarillas, vivir en lugares no hacinados, desplazarse de forma segura, o sencillamente poder permitirse una atención sanitaria y de cuidados de calidad. Además, fruto en gran parte de sus condiciones sociales, estos grupos sufren también más factores de riesgo y enfermedades (hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedades del corazón, etc.), lo cual les hace más susceptibles a que el coronavirus produzca un impacto más grave. Todos esos factores conforman las condiciones de vida y trabajo de la gente, en lo que desde hace años los especialistas de salud pública suelen llamar **“determinantes sociales” de la salud y la desigualdad**, que en gran medida conforman la salud de los grupos sociales. Como ha señalado el historiador y urbanista Mike Davis, el coronavirus es **una “constelación de epidemias”** (Davis, 2020) generada por factores socioeconómicos y sanitarios **estrechamente interrelacionados que sinérgicamente aumentan la probabilidad de ser contagiado, enfermar y morir**⁶. Así pues, para entender adecuadamente las desigualdades de salud, debemos cambiar el concepto de “vulnerabilidad” por el de **“determinación social de**

la salud” (Benach, 2020).

Durante la actual pandemia, la clase social, la raza o la etnicidad, la edad, la situación migratoria y el lugar donde se vive son, además de la edad, los determinantes de salud fundamentales que explican tanto las acusadas diferencias observadas en la incidencia y en la mortalidad producida por el coronavirus. Por ejemplo, las clases trabajadoras más precarizadas se desplazan desde el extrarradio hasta el centro para realizar los servicios de limpieza, mantenimiento, reparto, cuidados, etc. Este es un factor determinante, aunque no el único, que explica por qué los brotes de la pandemia no se distribuyen aleatoriamente, sino que se concentran en los barrios más pobres de ciudades como Madrid o Barcelona. Además, la COVID-19 confirma también la conocida existencia de **un gradiente social de la salud**, es decir, a medida que empeora la situación socioeconómica de los grupos sociales y los barrios, también empeora gradualmente la salud (Benach, 2005). Por todo ello, las autoridades políticas deben tener en cuenta la determinación social de la salud y el impacto de las intervenciones en las desigualdades no sólo en el corto plazo para enfrentar la COVID-19, sino también con **una mirada a largo plazo que sitúe la actual pandemia como un eje más de la crisis sistémica que debemos atajar en la próxima década**. Por otro lado, el grueso de la población debería poder también estar informada y concienciada, no sólo porque tanto en España como en el resto del mundo todo indica que nos enfrentaremos a brotes recurrentes de la COVID-19 con un fuerte impacto poblacional, sino porque las desigualdades de salud no dejarán de aumentar.

La desigualdad social incrementa una desigualdad pandémica

España es uno de los países más desiguales de la UE-15. La fuerte brecha entre ricos y pobres tiene mucho que ver con la especial estructura productiva del país (centrada en los sectores de la construcción, inmobiliario y turístico), unas **políticas redistributivas y estado del bienestar débiles, y un mercado laboral y de vivienda altamente precarizados**. Tras la Gran Recesión de 2008, la “recuperación económica” de 2014 a 2019 se vio acompañada de una pobreza y precariedad cada vez más estructural, especialmente entre unos jóvenes, mujeres, migrantes y clases populares que sufren unos altos niveles de pobreza, desempleo, precarización laboral, desahucios, exclusión social, servicios sociales deficientes, etc⁷. Durante esos mismos años, las políticas de austeridad neoliberal impulsadas por las elites capitalistas españolas (Rocío, 2020) con el apoyo y connivencia de la UE y las grandes instituciones internacionales (FMI, BM, OCDE), **mercantilizaron cada vez más los servicios sociales, la sanidad y la educación**. Por ejemplo, en 2019 sólo Rumanía tenía una tasa de trabajadores pobres más alta que España en toda la UE (IEB, 2020), y a principios de 2020, antes de empezar la pandemia, el relator de Naciones Unidas Philip Alston señaló que España era un “país roto” que había abandonado a las personas en situación de pobreza y que no tomaba en serio los derechos sociales⁸. El “shock pandémico” ha empeorado la situación⁹. Según la Organización Mundial del Trabajo (OIT), en la segunda mitad de 2020 **España fue el país de Europa donde más aumentó la desigualdad salarial** (57%) debido a la pandemia hasta alcanzar una ratio de 36,1 entre el decil más alto y el más bajo¹⁰. La causa fue sobre todo la pérdida de empleo y reducción de horas de trabajo en ocupaciones “esenciales” (hostelería, comercio, turismo) con bajos salarios, que se vieron más afectadas por las restricciones, sobre todo en el caso de las mujeres.

Estamos pues ante una “**pandemia de desigualdad generada socialmente**”¹¹. Se estima que la “desigualdad pandémica” ha aumentado la pobreza en un millón de personas hasta alcanzar casi 11 millones de personas (23% de la población) que sobreviven con poco más de 700 euros al mes, muchos de los cuales están en una situación de pobreza extrema (11% de la población) con menos de 500 euros mensuales. Los colectivos más afectados por la pobreza son las personas sin hogar, trabajadores en la economía sumergida, hogares pobres con infantes, y colectivos como los migrantes (57% pobres), especialmente 300.000 personas sin papeles, las mujeres (57% de las personas subempleadas y 73% de quienes trabajan a tiempo parcial), y los jóvenes menores de 20 años (55% de desempleo). Por ejemplo, en Catalunya una de cada 5 personas (1,5 millones de personas) necesitó la ayuda de Cruz Roja para comer en algún momento del “año pandémico” (inicio marzo 2020 a

finales febrero 2021). La mitad de los atendidos perdió su empleo, un 15% sufrió alguna enfermedad, la mitad siente malestar emocional, mientras que sólo el 16% percibe el Ingreso Mínimo Vital o la Renta Garantizada de Ciudadanía¹². Enric Morist, coordinador de la Cruz Roja en Catalunya, se ha referido a las sucesivas olas de pobreza pandémicas señalando que *“lo que estamos viviendo solo es comparable con la posguerra”* (Colell, 2021), mientras que el presidente de la misma entidad, Josep Quimet, ha apuntado que los 74 centros de distribución de alimentos, son auténticas “UCI sociales”. Más pronto o más tarde se frenará la pandemia, pero si no se detienen las causas políticas profundas que la han originado y las desigualdades sociales que **amplifican de forma sistémica sus consecuencias**, las desigualdades de salud seguirán afectando a **poblaciones que, más que ser “vulnerables”, han sido “vulneradas” (Benach, 2020)**.

Características y límites de la gestión pandémica

De forma muy general, la pandemia ha generado tres modelos principales de gestión. El primero, representado sobre todo por Trump en Estados Unidos y Bolsonaro en Brasil (también Boris Johnson al principio), es un **modelo que podemos llamar “necrofílico”** y que se caracteriza por haber recortado y desmantelado todo lo que tuviera que ver con la salud pública mediante una estrategia autoritaria de corte neofascista muy asociada a los intereses del capital financiero y las empresas farmacéuticas, y con un fuerte desprecio por la vida de aquellos que “no son dignos de vivir”, si lo decimos como lo decían los nazis¹³. El segundo modelo es el **modelo “preventivo-institucional”** de muchos países asiáticos y Oceanía, como Taiwán o Nueva Zelanda, previamente alertados por anteriores pandemias. Son países que han actuado con radicalidad para eliminar la transmisión comunitaria mediante una estrategia ‘COVID-0’ con intervenciones rápidas y contundentes pruebas y rastreo de contagio masivos, aislamiento de contactos, controles fronterizos estrictos, y mensajes y acciones de refuerzo de la salud pública. Aparte de tener un impacto en salud pequeño, la crisis económica producida por la pandemia también ha sido inferior. Cabe resaltar también el éxito de Cuba o la región de Kerala en la India, territorios con recursos limitados, pero fuertes políticas de salud pública y acción colectiva comunitaria. Por ejemplo, a finales de febrero de 2021 Cuba (11,3 millones de habitantes) sólo tenía 45.361 casos y 300 muertes por COVID-19, mientras que el área metropolitana de Nueva York (18,8 millones) contaba con más de 700.000 casos y casi 29.000 muertes, y Suiza (8,6 millones) con más de 550.000 casos y más de 9.200 muertes¹⁴. Finalmente, tenemos un **modelo “reactivo-empresarial”** de la gran mayoría de países europeos y americanos, que se han centrado en un permanente bloqueo/liberación de actividades y confinamientos para minimizar los daños económicos, tratando de reducir el impacto de salud solamente cuando el sistema sanitario llegaba al límite.

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

Primero, **ha faltado una visión más sistémica e integrada de la pandemia**, con un conocimiento de salud pública y las ciencias sociales más adecuado y profundo en lugar de enfatizar casi exclusivamente el conocimiento clínico, virológico y epidemiológico.

Segundo, se ha realizado una **gestión con escaso liderazgo y coordinación**, y con una visión más reactiva que preventiva de la salud.

Tercero, ha sido un agestión **poco transparente y democrática**, donde se han echado en falta campañas educativas comunitarias desde el principio de la pandemia, con temas clave como la prevención, la protección del riesgo, evitar estigmatización, una mejor comunicación para ayudar a evitar las fake news, etc.

Cuarto, **no se fortalecieron de forma urgente y contundente las residencias, la salud comunitaria, servicios sociales, la atención primaria y la salud**

pública, con la contratación masiva de rastreadores y pruebas diagnósticas, en lugar de seguir mercantilizando la sanidad con subcontrataciones a empresas privadas.

Quinto, se debía **haber actuado en mucha mayor medida ante las desigualdades**, invirtiendo masivamente en la protección social y económica de la población más vulnerabilizadas, sobre todo las poblaciones y barrios más desfavorecidos y quienes viven sin hogar.

Y sexto, no se puso énfasis en **la necesidad de generar una participación más activa de la comunidad** fomentando acciones solidarias y de apoyo social colectivas, tal y como ha sucedido en algunos países. Cara al futuro, además de una evaluación detallada de los impactos de la pandemia, habrá que fortalecer y desarrollar una agencia nacional de salud pública capaz de prevenir y controlar las muchas amenazas a la salud pública existentes y las futuras pandemias que muy probablemente vendrán.

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

La COVID-19 es un problema de salud pública, económico y social cuyos efectos a medio y largo apenas si empezamos a conocer¹⁵. Globalmente, el coronavirus afectará especialmente a la población

de los países más empobrecidos del mundo, cuyos sistemas de salud son muy débiles, y cuya población muere cotidianamente de todo tipo de enfermedades evitables. A nivel global, la pandemia ha amplificado las desigualdades de gran parte de la población que ya antes del coronavirus sufría una pandemia de desigualdad.

La rápida y exitosa creación de vacunas hace olvidar que **la pandemia es un espejo de cómo funciona la geopolítica mundial y el capitalismo neoliberal**. Si dejamos de lado la siempre imprescindible necesidad de realizar una gestión eficiente en los procesos nacionales y globales, la vacunación no es sobre todo un tema científico o sanitario sino geopolítico y económico¹⁶, con grandes desigualdades entre países y poblaciones.

A mediados de marzo de 2021, se habían puesto alrededor de 330 millones de vacunas (apenas 4,5 dosis por cada 100 personas, que aumentaron a 690 millones y 8,8 dosis a principios de abril), pero en muchos países casi no había aún vacunados (Our World in Data, 2021). Se estima que 10 países ricos acaparan el 70% de las vacunas (pudiendo vacunar varias veces a su población) y que los países más pobres que suman un 80% de la población mundial apenas si tienen un tercio de las vacunas disponibles. ¿Por qué ocurre eso? Pues porque, aunque **las inversiones en la investigación de vacunas son básicamente públicas, su producción y comercialización está en manos privadas** debido al acuerdo de 1995 sobre “Derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio” de la OMC (TRIPS), que impone los intereses de las multinacionales farmacéuticas sobre los estados, sobre todo del sur global, depen-

dientes de las patentes y licencias sobre productos, vacunas y fármacos.

La geopolítica sanitaria que impone el complejo médico farmacéutico financiero global (*Big Pharma*), defiende sus intereses con una gran influencia sobre los estados, controla el consumo masivo de fármacos y tecnologías sanitarias y genera enormes beneficios. La India, Sudáfrica y casi 100 países más han tratado de suspender los acuerdos de propiedad durante la pandemia y compartir los conocimientos científicos y la tecnología de la vacuna con el fondo común de acceso a la tecnología de la COVID-19 de la OMS (C-Tap) pero, al menos hasta principios de abril de 2021, la Unión Europea, EE.UU. y otros países ricos presionados por el lobby farmacéutico se han opuesto. El director de la OMS llegó a afirmar que *“el mundo está al borde de un fracaso moral catastrófico” que “se pagará con las vidas de los países más pobres”. Añadiendo que “si no podemos hacer exenciones durante tiempos difíciles y bajo condiciones sin precedentes, ¿entonces cuando?”*(WHO, 2021).

Los ejemplos del poder corporativo son numerosos¹⁷. Por ejemplo, el 60% de la financiación de la Alianza para las Vacunas (GAVI) proviene de las corporaciones farmacéuticas y de donantes de países ricos que, al estar presentes en los comités de expertos, defienden los intereses de la industria. Por su parte, el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 (COVAX)¹⁸ de la OMS junto con la GAVI y la CEPI hace que los derechos de “patentes” de las vacunas sigan una lógica mercantil, por lo que sólo suministran vacunas en forma limitada en los países pobres, y no como “un derecho”, sino como **una forma geopolítica caritativa de tipo colonial donde los países com-**

piten por separado para conseguir cuotas de dosis.

No es extraño pues, que la inmensa mayoría de vacunas disponibles hayan ido a parar a los países occidentales ricos. Es fundamental democratizar la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad. Y para hacer esto, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes, cree una asociación de países del sur con la soberanía para producir y distribuir vacunas para todos. **La democratización de la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad con el actual “apartheid”, sería la “vacuna social” más efectiva.** Lo que está en juego son dos visiones del mundo la de los oligopolios farmacéuticos o la democratización de una producción nacional sanitaria descentralizada y con soberanía¹⁹. Para ello, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes, y crear una asociación de países del sur con soberanía para producir y distribuir vacunas para todos^{20 21}.

El capitalismo neoliberal es nuestro peor “virus”

La pandemia ha producido una enorme conmoción social que ha cambiado la sociedad. En alguna medida, la población ha extraído varias lecciones: una mayor conciencia del trabajo de una clase trabajadora “esencial”, pero siempre despreciada; el papel crucial que deben jugar la sanidad pública y los cuidados; y darnos cuenta de que somos una especie frágil, dependiente de los demás y de la naturaleza

de la que formamos parte. Y, sin embargo, olvidamos y no entendemos. El historiador Jacques Le Goff decía que una de las máximas preocupaciones de las clases dominantes es “apoderarse de la memoria y del olvido.”

Tras el shock de la crisis vendrá el shock económico de la post-pandemia, y las decisiones políticas a tomar serán el “laboratorio social” donde se va a jugar el futuro de la humanidad. Será un tiempo de creciente miedo e inseguridad, un caldo de cultivo perfecto para demagogos y neofascistas. En un tiempo lleno de inseguridades, miedos, pérdida de legitimidad, desconfianzas y desigualdades crecientes donde, como ya ha anunciado el FMI, aumentarán las revueltas sociales, los movimientos populistas y neofascistas tienen un campo abonado. Más que probablemente seremos capaces de hacer frente a esta pandemia, quizás podremos mejorar en alguna medida la equidad, el medio ambiente, la precariedad laboral o habitacional, quizás podremos revitalizar servicios sociales golpeados por las políticas neoliberales. Las reformas son importantes, imprescindibles, pero muy pronto nos enfrentaremos con situaciones límite que obligarán a hacer cambios sistémicos para evitar el colapso. Es **imprescindible salir de la lógica económica y cultural de un capitalismo que está en guerra con la vida.** La pandemia es sólo el “síntoma”, la causa es un capitalismo fosilista y “tecno-feudal” (El País, 2021), que precisa una acumulación constante, aumentar las ganancias, despojar de los bienes comunes y un crecimiento continuo que está alcanzando su límite.

Ese es el principal “virus” para el que hay que hallar una vacuna. Thatcher habló de la TINA, de que ya

“no había alternativa”. La paradoja es que ahora no hay alternativa o cambiamos o nos espera el ecocidio y el genocidio. El dilema parece de difícil resolución “una reforma imposible”, o “una revolución improbable” ha señalado David Harvey (2017). Ambas cosas son imprescindibles reformas profundas, con políticas sistémicas (análisis, programa, organización y gestión) al tiempo que revoluciones permanentes.

El capitalismo es un sistema poderoso, una forma de organización basada en instituciones, unas determinadas reglas de juego y una desigual distribución de poder²². Es un sistema capaz de generar una enorme riqueza, pero al tiempo pleno de contradicciones que tienden a crear grandes desigualdades y una crisis eco-social de grandes dimensiones. La crisis de la COVID-19 ha mostrado sus carencias y la cuestión es ver si las élites serán capaces de realizar reformas en favor de sus intereses o las fuerzas sociales serán capaces de realizar un cambio sustancial de modelo que reduzca o limite su poder. Para salir lo antes posible de la lógica económica y cultural del capitalismo, al menos cuatro elementos parecen esenciales.

Primero, **experimentar cómo vivir de una manera diferente**, con cooperativas de producción y consumos, nuevas formas de vida y relaciones donde la libertad de unos no dependa del sufrimiento de los demás. Como dijo Saramago “si no cambiamos de vida no cambiaremos la vida”²³.

Segundo, **aumentar la conciencia de la crisis sistémica que nos rodea y que es posible vivir bien de otra manera**, con menos consumo, de forma más saludable, humana y realmente sostenible. Esto significa una reeducación ciudadana política y cultural

muy profunda que necesariamente deberá realizarse en cada individuo pero de forma colectiva²⁴.

Tercero, **crear grupos de análisis (*think tanks*) potentes que hagan los análisis y propuestas de actuación políticas más adecuadas²⁵. Y cuarto, juntarse y movilizarse continuamente con movimientos sociales a la vez descentralizados y coordinados, que conecten todas las luchas**, que sean “glo-locales”, capaces de crear formas colectivas para presionar y cambiar la política institucional²⁶. Como dijo Jerry Mander “hacer cambios nos costará mucho pero no hacerlos aún nos costará más”.

Algunas propuestas en la creación de un nuevo modelo de salud pública

La pandemia no es la causa sino sólo el detonante en unos casos, y el acelerador en otros, de procesos en marcha que muchos no han querido ver. Más pronto o más tarde se frenará la pandemia, pero si no se corrigen las causas políticas, sanitarias y ecológicas profundas que la han originado, así como las grandes desigualdades sociales existentes que **amplifican de forma sistemática sus consecuencias**, las desigualdades de salud seguirán afectando a **poblaciones que, más que ser “vulnerables”, han sido “vulneradas” (Benach, 2020)**. Es un espejo que nos devuelve nuestra propia imagen como sociedad y, al tiempo, una lupa que agranda nuestros problemas y puntos

débiles (Coscubiela, 2021). En los últimos decenios, el sistema nacional de salud español ha mostrado avances muy notables pero también muchos problemas y limitaciones, la mayor parte de las cuales se deben a las políticas de “austeridad” y recortes, la mercantilización de la sanidad y un modelo de salud medicalizado y hospitalocéntrico (Benach, 2018).

Para hacer frente a los principales retos que hay que afrontar, hay que partir de varias ideas esenciales: 1) la salud y la enfermedad son fenómenos bio-psico-sociales, donde los factores eco-sociales (laborales, ambientales, económicos, culturales y políticos) juegan un papel esencial; 2) la sanidad y el derecho a la salud deben ser bienes comunes y no mercancías al alcance de quienes la puedan comprar; y 3) las intervenciones socio-sanitarias debe ser a la vez efectivas, equitativas y con calidad, tanto humana como sanitariamente: tratamiento, vigilancia, prevención, protección y promoción.

Para lograr esas metas, hay que cambiar profundamente el actual modelo sanitario, generando una sanidad pública (en la propiedad, provisión, gestión y evaluación de servicios) que ofrezca un servicio universal y equitativo, gratuito (pagado con impuestos y sin “repagos”), humano, no medicalizador, de calidad y centrado en la atención primaria y comunitaria, los cuidados, las desigualdades, los determinantes sociales de la salud y la salud pública. Un sistema donde los trabajadores (enfermería, médicos, auxiliares administrativos y enfermería, técnicos en medicina, servicios de limpieza, etc.) tengan buenas condiciones laborales, controlado y gestionado de manera pública y democrática, y con la mayor participación comunitaria posible en una población más educada

y empoderada. Con todo ello, en forma muy esquemática, enunciamos algunos de sus principales retos:

1. Aumentar notablemente el gasto en el sistema de salud, eliminando la subfinanciación crónica del sistema, con un modelo de sistema no mercantilizado y más transparente y democrático.
2. Desprivatizar y desmercantilizar la sanidad, creando un sistema integralmente público, de calidad, y centrado en el bien común.
3. Desprecarizar las condiciones de empleo y trabajo de todxs lxs profesionales.
4. Priorizar la atención primaria y comunitaria, y el sector sociosanitario y de cuidados.
5. Aumentar las inversiones en salud pública, en prevención de la enfermedad, vigilancia y promoción de la salud, y los determinantes sociales de la salud y la equidad.
6. Aumentar las inversiones y políticas preventivas, en especial por lo que hace a la salud laboral, ambiental, mental y del sector de cuidados, entre otros.
7. Ofrecer a lxs profesionales sanitarios una educación y formación continuada, más integral y humanística, independiente de la industria farmacéutica.
8. Desmedicalizar muchos procesos sanitarios dañinos (iatrogenia), aplicar las intervenciones y la tecnología de forma más humana y mesurada, hacer su evaluación de forma independiente.
9. Realizar un enfoque de “salud en todas las políticas”, con un sistema de evaluación que valore integralmente

las políticas de salud y de reducción de las desigualdades.

10. Desarrollar un sistema de información y vigilancia sociosanitario integral, capaz de entender y vigilar de forma democrática el conjunto bio-psico-social de la salud poblacional.

11. Invertir en investigación biomédica, pero en especial en los problemas de salud pública, con una mayor participación social y comunitaria.

12. Desarrollar un sistema de salud con un nivel mayor de democracia, transparencia y participación popular.

Notas

1 Este texto es una ampliación del artículo del mismo título publicado en la revista Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global. N°152, Junio 2021.

2 A diferencia de definiciones estáticas y asociales como la conocida definición de la OMS que señala que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social”, una definición más completa señala que la salud “es una forma de vivir, autónoma e interdependiente, solidaria y gozosa que debe desarrollarse en un mundo habitable, sostenible y justo.” Ver: Benach J. "Hay que aprovechar esta pandemia para hacer un cambio social radical". Sin Permiso, 28 marzo 2020. Accesible en: <https://www.sinpermiso.info/textos/hay-que-aprovechar-esta-pandemia-para-hacer-un-cambio-social-radical-entrevista-a-joan-benach>

3 La salud pública es la disciplina que fomenta la salud colectiva mediante la protección y promoción de la salud, y la prevención y vigilancia de la enfermedad y factores de riesgo.

4 Los medios más utilizados para legitimar la mercantilización sanitaria son cuatro: 1) la extensión de una ideología biomédica, hospitalaria y medicalizadora; 2) la necesidad de utilizar una gestión empresarial que sea eficiente y no permita que el público abuse de la sanidad; 3) la racionalización del gasto, ya que no hay recursos para todo y para todos; y 4) la necesidad de utilizar técnicas que mejoran la sanidad mediante los copagos, las deducciones, la externalización de servicios, y el uso de una gestión más tecnocrática, científica y racional. Ver: Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Valverde C. La sanidad está en venta. Barcelona: Icaria, 2012. Sánchez Bayle M (coord.). La contrarreforma sanitaria. Madrid: la Catarata, 2013. Martínez A, Vergara M, Benach J, Tarafa G. Cómo comercian con tu salud. Privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya. Barcelona: Icaria, 2014.

Beiras Cal H, Sánchez Bayle M. La sanidad no se vende. Manual para la defensa de la Sanidad Pública. Madrid: FOCA, 2015. Fernández Ruiz S, Sánchez Fernández C, Sánchez Bayle M. Salud, pandemia y sistema sanitario. Madrid: Akal, 2021. Sánchez Bayle M (coord.). Privatización sanitaria. Madrid: Ediciones de intervención cultural, 2019.

5 Grandes empresas sanitarias, aseguradoras, farmacéuticas y empresas tecnológicas ven en el sector de la salud una inmensa oportunidad de negocio con el que hacer inmensos beneficios mediante la expansión de la telemedicina, la medicina personalizada, el tratamiento virtual de la salud mental, robots para cuidar ancianos, y todo tipo de tecnologías médicas, la genómica, la inteligencia artificial, el big data, la medicina regenerativa, nuevos trasplantes, la gerontotecnología, la nutrigenómica, etc.

6 ¿Qué diríamos si para hacer frente a la crisis ecológica y climática estructural que padecemos dijéramos que la solución fundamental es que cada uno recicle y ahorrar algo de energía en casa? ¿Qué diríamos si para hacer frente a la epidemia tabáquica existente dijéramos que es un "problema personal" en lugar de poner leyes restrictivas, controlar los precios del tabaco o prohibir su publicidad, entre otras medidas de salud pública?

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

8 Alston añadió que había asentamientos cuyas condiciones "rivalizan con las peores que ha visto en cualquier parte del mundo", y también áreas que, por su escasez de servicios, centros de salud, empleo, carreteras o electricidad, "muchos españoles no reconocerían como partes de su propio país". Ver: Declaración del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Philip Alston, sobre la conclusión de su visita oficial a España, 27-01 a 07-02, 7 febrero 2020. Accesible: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25524&LangID=S>

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

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

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

12 La Cruz Roja española ha atendido en un año alrededor de 1,3 millones de personas, movilizándolo 67.000 voluntarios e invirtiendo 108 millones de euros. En Catalunya, tras un fuerte aumento en la demanda de alimentos, en agosto de 2020, 123.000 personas se hallaban en las "colas del hambre" de Cruz Roja para recoger alimentos, medicamentos o productos higiénicos para sus familias. A finales de febrero de 2021, esa cifra alcanzó las 416.000. La mitad de los afectados son hogares con uno o dos hijos, que tenían empleo, en un 60% de los cuales uno o los dos progenitores perdieron su empleo. La mitad de los desempleados refieren que su situación se debe a la pandemia, un 60% de los cuales no percibe ninguna ayuda, seguro de desempleo ni ERTE. Ver: Creu Roja Catalunya. L'Observatori. 2 informe. "Impacto del COVI-19 en colectivos vulnerables." 03-03-21. Accesible en: <http://www.creuroja.org/AP/SearchResult.aspx?id=139&vle=1438@-@&fld=25253.24767,24793&lng=1>

13 Personajes conocidos como Leonardo Boff, Frey Betto, Chico Buarque, Celso Amorin, entre otros, han solicitado a las Naciones Unidas, la OMS y otras prestigiosas asociaciones denunciar al gobierno brasilero. Demandan que la Corte Penal Internacional "condene urgentemente la política genocida" del gobierno. Accesible en: (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeAUTbllrhdBsuBMcealxrzcSHff70-5uLxVM7LCihIXWV9ig/viewform>)

14 Durante décadas, Cuba ha invertido en un sistema de salud equitativo que sirviera a las necesidades de la gente y no a los intereses de la medicina mercantilizada. Por ejemplo, mediante sus programas de salud pública, Cuba eliminó enfermedades muy diversas: poliomielitis (1962), malaria (1967), tétanos neonatal (1972), difteria (1979), rubéola (1995), meningitis tuberculosa (1997), entre otras. Hoy, La tasa de mortalidad infantil cubana es menor a la de Estados Unidos y menos de la mitad de la población afroamericana. Cuba ha enviado

unos 124.000 profesionales de la salud para brindar atención médica en más de 154 países, de modo que Cuba tiene más médicos trabajando en el exterior que todas las contribuciones profesionales de la salud de los países del G-8 juntos. Ver: Frederick F. Cuba's Contributions in the Fight Against the COVID-19 Pandemic. The Bulletin, 11 marzo 2021. Accesible en: <https://socialistproject.ca/2021/03/cuba-contribution-fight-against-covid19/#more>

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

16 Por ejemplo, gran parte de los 12.000 millones de dólares ofrecidos por el Banco Mundial se entregarán a los países pobres en forma de préstamos y generación de deuda. Oxfam ha estimado que, al precio que Uganda pagó sus vacunas, vacunar a toda su población costaría más del doble del presupuesto de salud del país. Los países ricos deberían ayudar a los sistemas de salud de los países empobrecidos y ayudar a la vacunación de toda la población mundial eliminando el actual "apartheid de vacunas" que hace que el virus que causa la COVID-19 siga contagiando, mutando, matando y diezmado la economía mundial (hasta 9,2 billones de dólares en pérdidas). Ver: Oxfam. "Desigualdades en el acceso a vacunas podrían costar hasta 2000 dólares por persona en los países ricos este año". 06 abril de 2021. Accesible en: <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/desigualdades-en-el-acceso-vacunas-podrian-costar-hasta-2000-dolares-por-persona-en>

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

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

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

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

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

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

23 Vivir bien con menos. Visibilizar, explicar y hacer entender que podemos vivir mejor con menos consumo, sin crecimiento, pero también con más solidaridad, con más cooperación, con más actividades comunitarias, etc. Ya hay muchas iniciativas de este tipo: cooperativas de producción, consumos colectivos, generando nuevas formas de vida, de relacionarnos, de sentipensar decía Eduardo Galeano citando a Fals Borda, de com-

partir las cosas en una vida que valga la pena de ser vivida.

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

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

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

Bibliografía

Berna González Harbour. Entrevista a Yannis Varoufakis. “En la UE hay tanta democracia como oxígeno en la Luna, cero”. *El País*, 13-03-21. Accesible en: <https://elpais.com/ideas/2021-03-12/yanis-varoufakis-en-la-ue-hay-tanta-democracia-como-oxigeno-en-la-luna-cero.html>

Benach J, Muntaner C. *Aprender a mirar la salud*. Barcelona. Viejo Topo. 2005.

Benach J, Pericàs JM, Martínez-Herrera E. “La salud bajo el capitalismo Contradicciones sistémicas que permean la ecohumanidad y dañan nuestra mentecuerpo.” *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 2017(137):29-56.

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

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

Benach J. “El Sistema Nacional de Salud español: ¿Cómo se originó? ¿Qué logró? ¿A dónde debería ir?” *Sin Permiso*, 29 enero 2018. Accesible en: <https://www.sinpermiso.info/textos/el-sistema-nacional-de-salud-espanol-como-se-origino-que-logro-a-donde-deberia-ir>

Coscubiela J. *La pandemia del capitalismo*. Barcelona: Península, 2021.

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

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

Elisenda Colell. “Cruz Roja atiende a casi medio millón de catalanes en seis meses, cuatro veces más que en verano.” *El Periódico*, 03-03-21. Accesible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210303/cruz-roja-tripli-ca-ayuda-coronavirus-11555094>

Horton R. Offline: “COVID-19 is not a pandemic.” *Lancet* 2020;396(10255):874.

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

Lula da Silva. Entrevista realizada por Jan Martínez Ahrens y Carla Jiménez. “La política es mi ADN, solo cuando muera dejaré de hacerla”. *EL País* 07 marzo 2021.

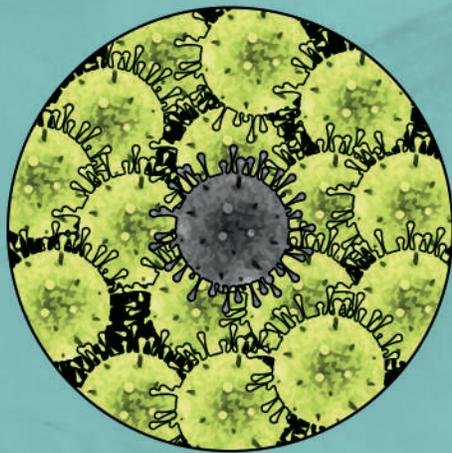
Our World in Data. *Number of people who received at least one dose of COVID-19 vaccine, Apr 5, 2021*. Acceso: <https://ourworldindata.org/grapher/people-vaccinated-covid?time=latest&country=BRA~CHL~FRA~DEU~IND~IDN~ISR~ITA~MAR~RUS~TUR~GBR~USA~VEN>

Pericàs JM, Benach J. “Las políticas para afrontar la pandemia pueden mejorar la salud pero aumentar las desigualdades.” *Ctxt*, 30 de septiembre de 2020. Accesible en: <https://ctxt.es/es/20200901/Firmas/33549/politicas-publicas-confinamientos-desigualdad-salud-juan-pericas-joan-benach.htm>

Pericàs JM, Benach J. “Las políticas para afrontar la pandemia pueden mejorar la salud pero aumentar las desigualdades.” *Ctxt*, 30 de septiembre de 2020. Accesible en: <https://ctxt.es/es/20200901/Firmas/33549/politicas-publicas-confinamientos-desigualdad-salud-juan-pericas-joan-benach.htm>

Recio Andreu A. “Las élites capitalistas españolas entre dos crisis”. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*. 2020;151:23-33.

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



Inorganicidad de la vida. Emergencia de un acontecimiento

FELIPE GUTIÉRREZ FLÓREZ

Historiador. Doctor en Historia,
Profesor Titular, Universidad
Nacional de Colombia

FEDERICO LONDOÑO DUQUE

Historiador. Doctor en Ciencias
Humanas y Sociales.

Resumen

El objetivo central del presente artículo es contribuir a la lectura del plano de consistencia semiótico que se arma en torno a un acontecimiento como la emergencia del virus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), también reconocer y describir algunos de los regímenes de significación que intervienen en ella. Para ello, y en beneficio de los argumentos que este artículo presenta, son importantes algunos referentes de partida.

En correspondencia con la analítica que ofrece el físico español Jorge Wagensberg (1948-2018), reconocer, que la realidad -que evidentemente no es 'una'-, de manera genérica, puede concebirse como compuesta de dos cosas: objetos y fenómenos. Los objetos serían las distribuciones de materia, energía e información, que no están en un estado o en otro, sino en un proceso de salto, de interacción (disposiciones metaestables); es decir, cambian de identidad, se transforman. Lo que implica que los objetos no están en el espacio, sino que son ellos mismos el espacio⁷. Así, hay objetos en los que predomina la materia, como una gota de agua o un puñado de arena; objetos en los que predomina la energía, como un rayo de sol o el entorno de un imán; objetos en los que predomina la información, como un pedazo de ADN o un poema. Por su parte, los fenómenos serían los que ocupan el tiempo; es decir, los cambios temporales de los objetos (Wagensberg, J. 2004).

e las formas de expresión de los objetos en la realidad capaces de resistir en alguna medida -con alguna probabilidad- las fluctuaciones de la incertidumbre del entorno (gravitación, termodinámica, electromagnetismo...), el margen de libertad (azar) que permite, tres resaltan: el “inerte”², de las partículas elementales que pueden interaccionar para crear una nueva individualidad llamada átomo. El “vivo”, de los átomos que pueden interaccionar para crear nuevas individualidades moleculares como las bacterias, los cristales. El “culto”, de la conciencia que, de acuerdo con la potencia de las restricciones, inventa, anticipa. Así, la realidad no es ni única, ni una sopa amorfa, equiprobable, homogénea y uniforme donde todo vale; es decir, no es un conjunto vacío de restricciones. Los objetos por su parte, son individualidades en estado de metaestabilidad con estrategias o capacidades para preservar su identidad.

Esta consideración más que una analogía, rompe con las separaciones clásicas entre el mundo, la vida y los hombres. Emitir, recibir, almacenar, tratar energía e información, producir entropía; cinco operaciones universales que permiten definir la vida, recuerda Michel Serres. “Bacteria, hongo, ballena, secuoya... no conocemos viviente, especies o individuos, de los que no podamos decir que ellos emiten, reciben, almacenan y tratan, energía e información, que no producen entropía, ni la contienen ni mueren por ella. [...] Átomo, molécula, cristal, roca, continente, mar, planeta, estrella o galaxia..., en efecto no conocemos cosas, de las llamadas inertes, de las que no podríamos decir que no emiten ni reciben energía e información, no las almacenan ni las tratan, no producen igualmente entropía que las hace desaparecer. [...] Individuo, familia, finca, ciudad, nación, cultura... no conocemos

en efecto personas o grupos humanos, inmersos en la historia que padecen, pero que también promueven, de los que no podemos decir que emiten, reciben, almacenan y tratan energía e información, que no producen entropía que los podría borrar de la faz de la tierra, o arrastrarlos a destruir su sonriente rostro” (Serres, M. 2016).

Estos segmentos de la realidad están en procesos de transformación, tienen siempre algún grado de incertidumbre en cuanto a su reversibilidad. Si los cambios, además de abruptos y violentos, son coyunturales acaecidos en cualquier porción de una realidad, se pueden denominar crisis; pero si, además de súbitos y violentos, son profundos y traen consecuencias trascendentales, estructurales y van más allá de una crisis, se pueden denominar revoluciones. En este sentido, en tanto se está frente a un cambio traumático en la vida y salud de personas, y de inestabilidad social, política, y económica, los cambios acaecidos con la emergencia de lo inorgánico, entran el conjunto de las crisis.

El acontecimiento es un substrato informe, un instante de variación, un desvío o deriva singular del equilibrio, en el que se puede aprehender el orden, lo determinado; dado que, como se ha sugerido, toda situación abierta a la inevitabilidad que supone el advenimiento de la contingencia y del cambio pasa por estados de meta-estabilización. En el acontecimiento sólo hay pasar, discurrir; yuxtaposición de cosas, personas y sentidos. Y aunque local, como la pandemia, presiona de forma global, y conduce a superar el obstáculo que representa ver cada crisis como una isla independiente; como es común en los diferentes modelos cognitivos que han seguido el derrotero cultural de la especialización científica³.

En ese espacio relacional que es el acontecimiento, la historia de Occidente, en particular la relacionada con los saberes, las disciplinas y las ciencias, hace parte de los engranajes en los que gravitan dichos procesos maquínicos, que se presentan en la contingencia de lo 'posible' a lo 'necesario', y donde se juega la posibilidad de su descripción objetiva. Sin embargo, como lo plantea Heisenberg en su trabajo Física y filosofía, de un lado está el 'objeto', por otro la descripción del objeto que está íntimamente relacionado con el horizonte de observación. Este llamado se fundamenta en la idea de que "la naturaleza es anterior al hombre, pero el hombre es anterior a la ciencia natural" (Heisenberg, W. 1959). La lectura que se busca del acontecimiento, plantea como necesario sobrepasar sin abandonarlo el nivel clásico de análisis, que aboga por el orden y apela a la comprensión de la dificultad que se teje tras la ideal de alcanzar la completa objetividad.

Este escrito, anclado entre los discursos de la filosofía y de la historia, propone por esa vía una lectura de la pandemia, del acontecimiento 'virus', de la inorganicidad; entendida como un proceso maquínico en tanto entrelaza dimensiones históricas, sociales, naturales y materiales, conformado por agenciamientos o relaciones de co-funcionamiento entre elementos heterogéneos, que comparten un territorio y se inscriben en él: ritmos, medios, panoramas melódicos, personajes rítmicos que generan unas disposiciones colectivas de enunciación, que, a su vez, producen términos o relaciones diferenciales intensivas que disponen los cuerpos en diversos espacios.

Un fenómeno, en el que la historia de las ideas sobre la naturaleza, la vida, el viviente, lo orgánico y lo in-

orgánico, regulan y direccionan los discursos expertos llevados a tecnologías como la del mundo agrícola o la de la producción de alimentos; pero igualmente, reglan las creencias que circulan ampliamente como opiniones o afirmaciones de sentido común, gracias a los dispositivos digitales y que se potencian por la simultaneidad, lo masivo, lo viral. Como señala Omar Rincón, la viralidad se ha vuelto buena y bonita, pues "el éxito se mide en tener clics (no en comprender o descubrir), ojalá likes (que es un signo de pertenecer), que luego se haga viral (genere buzz, haga ruido) y se convierta en tendencia (trending topic) (Rincón, 2020)".

Exordio

Escribir es un ejercicio que implica pensar, por consiguiente, poner al frente las ideas para concatenarlas, confrontarlas y establecer redes que permitan avanzar en el entendimiento de los objetos, fenómenos y problemas; como los que plantea una contingencia como la que acaece de manera planetaria hoy por la singular tensión que emergió del mundo de los seres inorgánicos, en particular el de los virus. En esta dirección, el artículo que aquí se presenta, ofrece dos ejes de reflexión: de un lado, presenta una analítica sobre la efectualidad que genera en el presente, un fenómeno, que la Viróloga Libia Herrero Uribe enmarca en la preocupación, que desde los años setenta, por efecto y gracias a los media, se viene presentando, ante la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, que impactan severamente la salud de los seres humanos; como es el caso del SARS-CoV-2, un virus que se transmite por vía aérea (la más eficiente), que ha encendido las alarmas de salubris-

tas y la comunidad científica.

De otro lado, revisa en la historia de la ciencia en Occidente, algunos de los acontecimientos en los que se ancla y respalda el orden de argumentación de muchos de los lugares comunes que engloban la discusión frente a este fenómeno. En ese gabinete de curiosidades que se relaciona, es central el conjunto de acontecimientos que han conducido a que los virus sean localizados, tanto en el conocimiento científico como en el lego, entre el grupo de cosas clasificadas en el grupo de lo inerte, lo no vivo, lo ente sin ser, dirá la filosofía. Pero a su vez, que se recurra a entelequias imponderables para dar cuenta de las estrategias causales que intervienen en los procesos biológicos.

En esta dirección de la argumentación, es importante indicar que la palabra usada en latín como virus, es heredada del griego *ἰός*, que proviene de la palabra *εἶμι (-eími- ir)* o *ἵημι (-jīemi- enviar)* que era usada para hacer referencia a un veneno (emitido por serpientes), a la herrumbre (emitida por metales), a un agente tóxico. Dicha efectualidad, medicinal o tóxica, siempre mágica, imponderable, fue usada en recetas de pociones prescritas para atraer, impresionar, sanar o matar. Y, como se muestra adelante, estará activa en una corriente de pensamiento como el vitalismo. Igualmente, la palabra se relaciona con la raíz del indoeuropeo *wen*, (esforzarse, desear, ansiar, amar), que se enlaza con veneno, venerar; y con Venus, la diosa romana, que la helenización de las clases altas romanas emparentó con la diosa del amor, más erótico que romántico, Afrodita de la cultura griega; con la diosa etrusca de la fertilidad y la vitalidad, Turan; a su vez, con la diosa sumeria de la guerra, protectora

de la ciudad de Uruk, Inanna; así como con la diosa fenicia-cananea asociada a la madre naturaleza, a la vida y a la fertilidad, Astarté.

En su comentario a la entrada virus, del diccionario médico-biológico, histórico y etimológico, Francisco Cortés, indica que la palabra tiene una historia teñida del uso en latín clásico, que se acaba de señalar, orientado al efecto de la pócima mágica. En medicina en particular, relaciona Cortés, el uso de la palabra aparece en: el enciclopedista romano Aulo Cornelio Celso (25 a.C. 50 d.C.)⁴, quien llama virus al veneno que transmite el perro rabioso (Med. 5.27); en el tratado de cirugía del médico italiano Ugo Lanfranco de Milán (1250-1310), *Arte cumplida de la cirugía*; y en la compilación quirúrgica del cirujano francés Guy de Chauliac (1298-1368), *Inventarium sive collectorium in parte chirurgicali medicinæ* (Conde Parrado, P. y Martín Ferreira, Ana, 1998).

Por esa vía, llegó a través de las traducciones de esos tratados al inglés (antes de 1400), al español (1450), al francés (1478). Como se puede observar, argumenta Cortés, en la traducción al español del *Arte cumplida de cirugía* de 1450:

“E nota que la fistola que se faze por aqueste lugar algunas vegadas es mucho maliçiosa & echa virus corrusiuo & algunos entonçe la quieren curar con ruptorio por lo qual fazen ende estiomeno. Pues vlçera virolenta es enla qual abonda virus sotil liquido”. Así, en la medida que se va conociendo que las supuraciones eran contagiosas, a través de una transformación gradual, pasa a significar ‘agente infeccioso’.

A través de experimentos sobre una enfermedad que afecta a la planta del tabaco (mosaico del tabaco), el biólogo ruso Dmitri Iósifovich Ivanovski (1864-1920), y simultáneamente pero independiente, el botánico holandés Martinus Willem Beijerinck (1851-1931), encontraron y describieron unas entidades patógenas acelulares más pequeñas que las bacterias (podían traspasar los filtros de porcelana que retenían las bacterias), a las que llamaron virus en 1892. Sin embargo, como en muchos fenómenos de la historia de la medicina en particular, y de las ciencias en general, el significado no cambiará de manera inmediata; como lo muestra Cortés en el comentario a la entrada de la palabra virus en el diccionario referido, “[...] a la nueva entidad que acaba de descubrir (Beijerinck) la nombra contagium vivum fluidum, es decir, ‘agente contagioso vivo fluido’. Sin embargo, sugiere que el uso amplio del término fue el responsable involuntario del cambio de significado (Dicciomed, 2021).

En esta dirección de las investigaciones biológicas y médicas, los virus no se consideran organismos vivos según la definición clásica, y, por tanto, no se encuentran dentro del sistema de clasificación biológica que se utiliza actualmente para clasificar a todos los seres vivos presentes en el planeta. Tampoco son estrictamente no vivos; pues están sujetos a la selección natural, ya que mutan y varían sus proteínas para adaptarse a las condiciones cambiantes del medio, y por lo tanto cumplen con la finalidad máxima de cualquier ser vivo: “perpetuarse”.

Los virus (la partícula viral madura, denominada virión), están constituidos por un ácido nucleico ADN o ARN (material genético), rodeado de una capa de proteínas llamado cápside que, con su actividad en-

zimática, lo protegen del medio ambiente y le sirven para el plegamiento del ácido nucleico, el armado de la partícula viral y como vehículo para permitir su transmisión de una célula a otra. Las cápsides están formadas por un gran número de subunidades polipeptídicas que se ensamblan adoptando una simetría de tipo helicoidal (nucleocápside en forma de bastón) o icosaédrica (partículas casi esféricas). En algunos virus, por fuera de la cápside se encuentra otra envoltura adicional de fosfolípidos y glicoproteínas.

Por ello, la clasificación que se ha realizado hasta el momento, se basa principalmente en las características de las partículas virales: la forma de la cápside, el tipo de ácido nucleico dentro de la cápside (ADN O ARN, de doble hebra (dh) o una hebra (uh)), el proceso de replicación, los organismos hospederos, y el tipo de enfermedad que provocan.

Este conjunto de genoma y proteínas, que usa el mecanismo de parasitismo intracelular obligado, para replicarse y formar una progenie idéntica, son los agentes más exitosos en transferir genes de una especie y de un género a otro, estos son capaces de robarse genes de sus hospederos y utilizarlos luego para burlar sus mecanismos de defensa; como se sigue en este artículo en correspondencia con muchas de las investigaciones en el conocimiento biomédico, son parte fundamental en la evolución de la vida.

Frente a este conjunto de condiciones, ahora más que en muchos momentos de nuestra existencia, es urgente visualizar los regímenes de significación que intervienen, tanto en la explicación del fenómeno

social, como en la explicación del fenómeno biológico que opera en el sentido común y circula masivamente a través de las modernas estrategias mediáticas que propicia un desarrollo tecnológico como el de la transmisión inalámbrica de información en dispositivos móviles de transmisión, llamados celulares porque la comunicación se distribuye entre espacios hexagonales de una superficie de unos 16 kilómetros cuadrados.

A su vez, esta coyuntura impulsa una reflexión al interior de las ciencias sociales y humanas en general, pero en la filosofía y en la historia en particular, dado que dichos campos de conocimiento, por lo menos desde finales del siglo XIX, han dado la espalda, de manera sistemática, a todo evento biológico; negando inclusive por esa vía, su participación en las transformaciones culturales. Así, el acontecimiento 'virus' que aquí se analiza, hace un llamado de atención en un doble nivel. De un lado, al mostrar su potencia en la transformación de la vida cultural; pero a su vez, en su desdoblamiento, un llamado de atención mayor, toda vez que como virus hace parte del mundo de lo inerte, que como se viene mostrando se ha mantenido por fuera del orden de lo vivo.

Si estos estudios se sobreponen en una situación paleontológica en el más amplio sentido, en la que pueda existir un vaivén dialéctico entre aquello que el conocimiento moderno se empeña en llamar exterioridad y eso que el individuo experimenta en su cuerpo, no se podrían limitar, en semejante perspectiva, a una creación sólo teórica; sino que debe buscarse en toda la densidad de percepciones, cómo constituir en el tiempo y en el territorio un código de supervivencia, que asegure al individuo su inserción afec-

tiva en su comunidad. Por ello, ante la contingencia planteada por el orden de lo inorgánico a lo orgánico "organizado", es imperativo retomar la pregunta de la que se ha apartado al individuo, aquella por el pensamiento y la acción, que propicia plantear grandes preguntas, esas preguntas que cualquiera que quiera vivir bien necesita plantearse: ¿qué es una buena vida? ¿Qué es una sociedad justa?

No es raro ver en tiempo de crisis aflorar un gran nerviosismo colectivo que permea un gran número de ciudadanos en un país como Colombia, ante la proliferación de noticias adversas al mantenimiento de sus habituales modos de vida. Noticias de una pandemia que contrasta con las presiones que se han convertido en habituales: en primer lugar, el crecimiento de los movimientos sociales; en segunda instancia, un gobierno incapaz de saldar las deudas fundamentales que tiene con todos sus gobernados, en educación, salud, trabajo, etc.

Y es precisamente con respecto a estos acontecimientos y noticias, que son grandes afecciones colectivas, sobre comunidades humanas sean ciudadanas o rurales, antiguas o actuales, intervenidas o aisladas, que 'modelos cognitivos' como la filosofía, las ciencias biológicas, las ciencias sociales y humanas, deben ejercer una práctica de acción analítica y de intervención. La lectura que este ejercicio de escritura plantea, se inscribe precisamente como respuesta a ese llamado.

El acontecimiento

Como ha sido trabajado por múltiples investigadores, la cuestión del acontecimiento es un constituyente lógico del evento, del hecho que se estudia, sea pasado o del tiempo presente. Etimológicamente, hace referencia a lo que ocurre, lo que adviene, aparece o desaparece. Para muchos, entre ellos para Paul Ricoeur no existe sino en tanto que es contado, narrado; por ello, van a indicar que la narración es su guarida; y que su intriga se reconstruye o deconstruye a través de una operación, sea sociológica, antropológica o histórica.

El acontecimiento se instituye entre la singularidad de los sujetos actuantes y sus roles y las estructuraciones que propicia y en las que se enmarca: sociales, culturales, ambientales. En la primera, la psicología es el eje constituyente que permite llevar el análisis de los fenómenos de subjetivación; en la segunda, las estructuras anclan el devenir de los eventos a otros más globales como la política y el poder, a través del conflicto, la función, la significación.

Así, el acontecimiento 'virus; un evento complejo compuesto de agenciamientos o disposiciones sociales de expresión en el espacio, emerge entre una distribución de cuerpos, percepciones y circunstancias. Constituido, como se explica adelante, por unos ritmos, unos medios, unos panoramas melódicos, y unos personajes rítmicos, que generan relaciones intensivas y enuncian las disposiciones colectivas, y que no se expresan en un orden de familias, géneros, especies e individuos; por tanto, no hacen fácil un acercamiento desde el conocimiento habitado

al orden, a las jerarquías y a las clasificaciones taxonómicas.

En esta confluencia de actores, el acontecimiento genera territorialidades globales, locales e individuales. En este último, independiente de si es participe activo o pasivo, el performativo domina la realidad, visual, auditiva y corporal; y le exige, por tanto, una praxis, un comportamiento que desterritorializa y cambia su código, su conducta.

Cuando en un acontecimiento 'puro', de referencia, emergen nuevos términos, acciones, conceptos, puntos de referencia, estos desplazan, modifican, cambian las contingencias que lo anteceden; y a su vez, exhibe el territorio en el que se anclan, se fijan, se construyen. En otras palabras, la génesis de un acontecimiento devela el foco territorial en el que antes se alojaba su significado, para dar paso a un nuevo territorio, del cual hará parte. En este proceso, el sentido y la función se desplazan, se desterritorializan y se reterritorializan proponiendo nuevos enunciados.

Al mirar el interior del acontecimiento, se aprecia una máquina que produce a partir de los elementos que interactúan en sus funciones. De un lado, están los términos que son las relaciones diferenciales extensivas entre una disposición maquina de cuerpos y la máquina social selectiva; del otro, actuando simultáneamente, se encuentran las circunstancias en que se da el acontecimiento, que actualiza una disposición colectiva de enunciación a través de la generación dinámica de una máquina semiótica. Y en tanto la vida es una actualización dinámica de hábitos, el acontecimiento pone en evidencia los actores específicos de su territorio; así, a través de los térmi-

nos, se develan los medios y los personajes rítmicos; y con las circunstancias, los ritmos y los paisajes melódicos que condicionan la máquina semiótica.



Imaen 9. Los acontecimientos puros. Fuente: Autor

Cada acontecimiento puro modifica en su aparición los focos territoriales que antes parecían firmes y confiables; libera en la colectividad potencialidades funcionales que se re-territorializan sobre nuevas funciones; que no atañen a disposiciones colectivas o a disposiciones maquínicas. Así cuando aparece el acontecimiento puro 'virus', el hombre animal parlante solo puede situarse en la desterritorialización de su hábitat vital; lo que lo obliga a liberar potencialidades funcionales y re-territorializarlas en nuevas funciones.

En este orden de ideas, en su emergencia, el 'virus' deviene acontecimiento puro que desterritorializa todo lo que cohabita con él, y él mismo. Su foco territorial es la enfermedad, pues en ella expresa su naturaleza, y de ella obtiene su nombre y su devenir de enunciación y espacialización; paralelo a su recorrido geográfico se da el de nominación: comienza a desplazarse de endemia, como ese virus de presencia habitual; a epidemia, por su presencia que rebasa la incidencia de infección normal en una comunidad específica; posteriormente, migra a pandemia, por su afectación en una extensión geográficamente más extensa, en este caso el planeta en su totalidad.

Al igual que en el esquema del acontecimiento puro, al mirar el interior del acontecimiento determinado, se

aprecia una máquina que produce a partir de los elementos que interactúan en sus funciones. De un lado, están los términos (endemia, epidemia, pandemia) que obligan a que la máquina social colectiva actúe de forma particular; una disposición maquina de cuerpos: distanciamientos sociales, uso de mascarillas, desinfección constante, y a que estas prácticas se consoliden en lugares específicos como hospitales, transporte público, hogares, sitios de concentraciones masivas. Esto permite a su vez ver emerger a los actores melódicos como el médico, sujetos de rostros cubiertos, expertos hablando en la tv; medios, mascarillas, desinfectantes, tapetes llenos de alcohol y lavamanos portátiles.

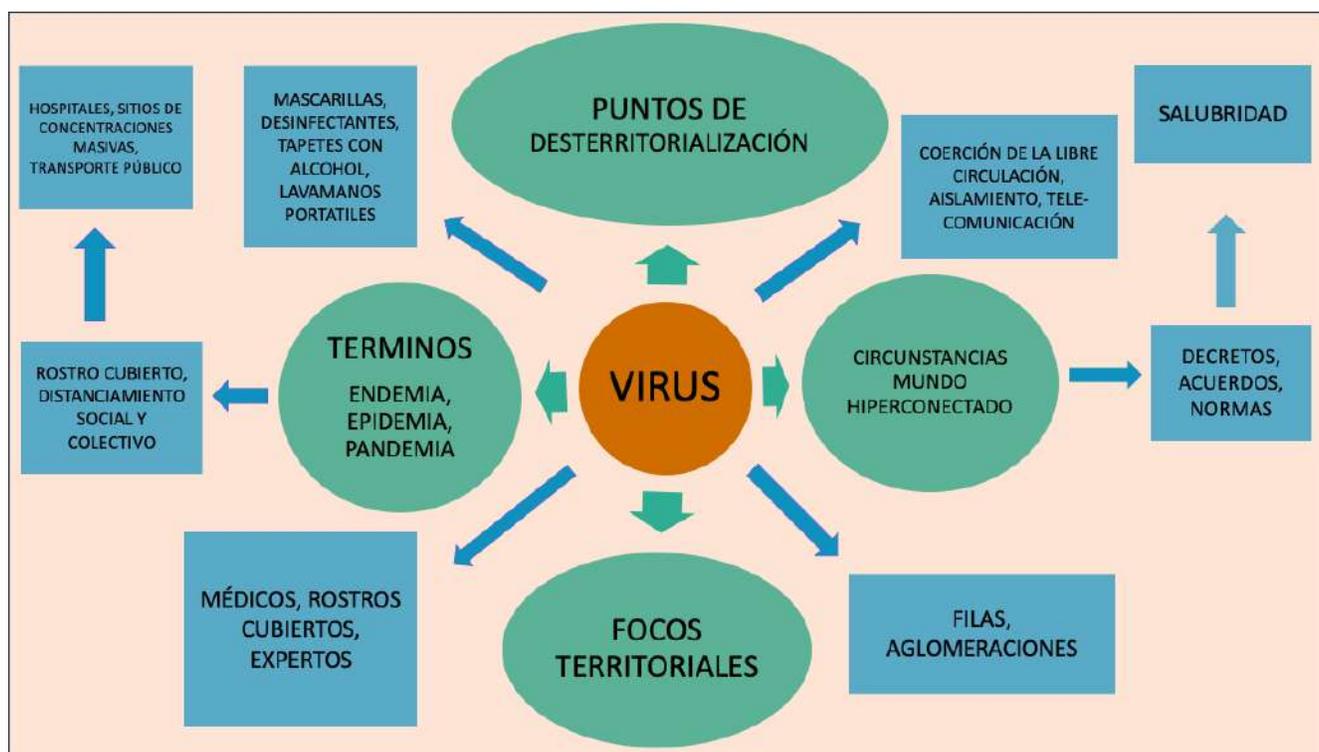


Imagen 10. El acontecimiento determinado. Fuente: Autor

Del lado de las circunstancias, están las contingencias espacio temporales donde el acontecimiento se abre lugar. La principal, un mundo hiperconectado donde el virus viaja libremente de continente en continente, que simultáneo a los términos, obliga diferentes disposiciones colectivas de enunciación: decretos, leyes, normas apoyadas en la máquina semiótica de la salubridad con la esperanza de poder reterritorializar rápido aquello que desterritorializó. Igualmente, del lado circunstancial están los paisajes melódicos que se presentan en los espacios cotidianos que son las filas, las aglomeraciones, debidos a los ritmos circunstanciales que se reflejan a través de esas disposiciones colectivas de enunciación.

Así, el saludo de beso, la cercanía comunicativa y las aglomeraciones se cambian por levantamiento de cejas, las tele-llamadas y los controles de aforo; la expresividad va cambiando y desplazando la disposición maquina-

ca de cuerpos a rostros cubiertos, distanciamientos colectivos; así la máquina social selectiva señala hospitales, zonas especiales de cuarentena y restringe el transporte público y la movilidad. En simultáneo, las circunstancias de la normalidad cambian: lo normal ahora son los contagios, los enfermos, que se actualizan día a día por la disposición colectiva de enunciación: decretos, normas, acuerdos; aunque los manejen de forma restrictiva las autoridades policiales, su máquina semiótica real es el dispositivo salubridad, pues es este su justificación más fuerte.

A su vez, cuando el acontecimiento 'virus' aparece como una amenaza extrema y externa que pone en entredicho al individuo y la colectividad; cuando no se conoce bien la amenaza y nada útil que hacer para defenderse por esa hecatombe indeterminada; por un vínculo tan humano como lo es la salud, se despliega de manera inconsciente en las colectividades los mecanismos rituales; no con la esperanza de obtener el favor de la salvación, sino para introducir el factor de coherencia, una entidad de factor cero, absurda y arbitraria que no tiene sentido sobre sí misma, pero que genera un espacio de tranquilidad, y permite, en suma, reconstruir el territorio desterritorializado, proporcionando sentido para la colectividad.

Los nuevos agenciamientos

Sobre estas crisis, se levanta una que ya intuía desde hace décadas el filósofo francés Michel Serres. En su célebre libro, "El contrato natural", avizoraba esa gran tragedia humana, no sólo para la supervivencia de

la especie humana sino también del planeta: la explotación de recursos sin una medida justa para lo orgánico y lo inorgánico. En esta contingencia, desde el otro lado del mundo, se levantó lentamente un ser catalogado por los biólogos, microbiólogos, epidemiólogos y médicos como virus, y de acuerdo con su estructura de propagación por toda la esfera global, como pandemia.

Un ser inorgánico⁵ que sobrecarga de sentido y refuerza la palabra "globalización", y que genera la alarma al mundo humano de darse cuenta de la importancia de generar perspectivas sobre diversos campos de la vida para hacer frente a un múltiple orden de fenómenos que afectan de manera profunda la permanencia del mundo orgánico y en particular la especie humana en este planeta.

Para poder entender este fenómeno que ocurrió tan rápida y extensamente se debe entender que la globalización no es un fenómeno abstracto que solo habla en escala macro, expresado a menudo en frases como "entre más grande mejor", "internacionalizar", "multinacionales", "economía de crecimiento"; sino inclusive en lo micro, en lo local. No se debe creer que estas mismas palabras o frases, van en contraposición a quienes trabajan o bien a perspectivas locales o comunitarias de "bajo impacto" o a comunidades que se ven aferradas profundamente a sus prácticas locales. Es importante recordar que todo lo que se teje en esas fuerzas culturales homogenizadoras afecta y se esparce de manera profunda por todas las redes que ha construido el ser humano. Lo global es lo local localizado.

Este virus, el SARS-Cov-2, causante de la enfermedad

por coronavirus 2019 (COVID-19), como agente infeccioso microscópico acelular, ha reactivado la clásica discusión entre naturaleza y arteificio; alude tanto a una creación de 'la naturaleza', como a la de la industria humana. Por ello, en la vía de la inteligibilidad, desde esta complejización y aplicación de nuevas sinergias en torno a reapropiaciones de artefactos, discursos y usos que hacen parte de otros conjuntos técnicos, este nuevo 'agenciamiento', debe ser pensado a través de la conexión entre biología y tecnología.

Como todo agenciamiento consiste en la fijación de gestos, prácticas y pensamientos a través del tiempo; un proceso en el que establece órdenes y disposiciones de objetos. Así, estamos de un lado, frente a un 'ser', que nace para cumplir su función de vida como todos los seres vivos de este planeta, se encuentra de una forma fortuita catalogado como una especie que a sus anchas ha caminado y visitado cada rincón de este planeta. Este ser que desde su base genética cumple a cabalidad sus instrucciones de origen, nos afecta de una manera directa en nuestra exterioridad rutinaria.

De otro, se inscribe en el plano de las confrontaciones bélicas, que desde el siglo XVIII, se instauran como prácticas no sólo discursivas, para propiciar la guerra, no exclusivamente entre los hombres, sino con la naturaleza; y por esa vía, cumplir con el dictum de "dominarla" y "nominarla". Y si se resiste, es cuestión de "razón" hallar su caída y posterior dominio. Esta historia narra el camino del triunfo de la lógica que se encaminó al asedio y conquista de la naturaleza; que, desde Linneo y Diderot, abrió la puerta de las prácticas discursivas de la enunciación; en este caso,

en contra de los seres más 'infinitamente pequeños' de la naturaleza.

Un encadenamiento construido por siglos, sobre la creencia de que la especie superior, por derecho, y con las fuerzas conquistadas, homogeniza toda realidad natural y cultural. Así, en la misma mecánica en que opera el virus en esa cadena técnica, ella, la especie humana, obedece en su definición a ese sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes de la vida. Por tanto, debido a esta herencia discursiva de la confrontación, lo vemos (al "virus") como un transgresor; pues, irrumpió de una manera "violenta" toda la cadena constitutiva de la dinámica mundial que se había establecido durante décadas.

Ese transgresor se mueve en el discurso de todos entre el terreno estructural, lo científico-económico que desemboca en un problema político, y realiza una mediación por un problema moral. Y si alguien se opone a la estructura política que lleva su discurso es dilapidado: el no uso de tapabocas, el circular en cuarentena, el protestar por las medidas restrictivas; pero aquel que está alineado con la estructura, es elevado y se potencia su aura de influencia. A través de esa estrategia, se desvía el discurso de lo fundamental a una pasión moral vindicativa frente a lo que sucede realmente en nuestro tiempo: "la naturaleza nunca es nuestra enemiga"; la obligatoriedad de análisis sobre la crisis ambiental y social; el deseo de cambio de justicia social y reconocimiento de la diferencia.

Este viraje de perspectiva se podría llamar una

cuestión antipolítica, esa moción de pasiones y juicios morales que sirve como paliativo para la frustración popular y que se capitaliza en hechos como conseguir popularidad, adeptos, seguidores... En este sentido, por esa irrupción brusca, violenta, no extraña que dicho agenciamiento (el "virus"), que realmente cumple su función de vida, se catalogue por todos como enemigo; y que toda la disposición colectiva de enunciación mediante la cual el ser humano opera, se incline sobre una disposición maquínica de cuerpos para poder territorializar esta nueva forma que ha entrado a su "realidad cultural". Así, términos bélicos como guerra, enemigo, combatir, se mezclan con términos jurídicos como estado de excepción, emergencia, crisis, para menguar de golpe todas las libertades y confinar de manera inmediata al ser humano al oscuro retorno de su caverna, para protegerse de la indomable naturaleza: virus, pandemia... Cuarentena.

Una acción aunada y sustentada en términos médicos y biológicos, y en un discurso de poder económico que se apropia de la situación sin ningún fin más que el hegemónico sobre los cuerpos. Allí, producción económica, recesión, financiamiento, se vuelven términos comunes en el argot popular que usan los gobiernos para dictar medidas que más que parecer irresponsables terminan por parecerse a las producciones cinematográficas de ciencia ficción, donde las muertes pasan a un segundo plano. Se presencia, por tanto, cómo las libertades se van menguando a complacencia de los sujetos, y cómo lo que antes se tomaba en préstamo, como nuestro territorio, se va ocupando paulatinamente de otros seres que relegamos a la oscuridad de nuestro círculo social.

De este acontecimiento se deriva un territorio nuevo,

donde se erigen personajes melódicos "héroes sin capa", como los campesinos, el personal de la salud, los venteros ambulantes de mercados barriales...

Las coordenadas de establecimiento de este nuevo agenciamiento se dictan por medio de una cartografía de construcción atemporal, es decir, no tiene tiempo ni se explica por éste, nos habla de múltiples territorios. Es más, en sí misma ella es un territorio, un cuerpo sin órganos con relieves que se extiende en los márgenes mismos de nuestra historia, la de la humanidad. Esta cartografía no parece muy precisa, intenta definir dos espacios que se encuentran entremezclados por aspectos estéticos profundos: uno, el fisiológico, traducido por la mayor potencia semiótica de nuestra actualidad, los discursos científicos (el cuerpo del hombre intervenido visto por la biología, la medicina y la psicología); y el otro, el escenario del discurso racional, representado en un espacio geométrico utilizado por las potencias científicas de nuestro tiempo, para tomar el territorio como objeto estudiado fenoménicamente por la física, matemáticamente por la geometría, e incluso materialmente por la geografía y la geología. El espacio es considerado de esta manera y constituido en objeto de investigación, como algo cuyos problemas solo atañen al terreno compartimentado de todas estas disciplinas; y por lo que a nosotros concierne, podemos estar despreocupados, pues desde ese enfoque todo lo que se hace posee una fuerza de poder donde el individuo debe entregar su voluntad.

Trasladar todos los procedimientos de control sobre los cuerpos desde esos discursos dominantes al acto de vivir, es una decisión intrépida, desde todos los puntos de vista. Hemos podido presenciar cómo en

plenas conferencias de los gobiernos, los principales dirigentes del mundo no parecen entender la magnitud y fuerza de sus decisiones. De un lado, buscan hacer visibles los procedimientos a seguir para poder poner lo fundamental, la vida, fuera del alcance de cualquier acontecimiento que lesione, infrinja o la destruya; y de otro, permiten observar cómo vacilan de manera inútil en estrategias donde el principio del Estado se debe basar en el esfuerzo por salvar cada individuo de la especie y no en cálculos utilitaristas de unas consecuencias económicas inexistentes.

Este juego audio-visual se acrecienta y se amplía en la ilusión de control sobre los fenómenos en el territorio, y nos distrae de ocuparnos de responder a las preguntas arriba enunciadas; pues, cada uno de los habitantes de ese “territorio”, es territorio; pues más que ocupar un espacio, son ese espacio. Por esto, la pregunta por nuestro cuerpo y la vida, no es menos importante que la pregunta por el espacio geopolítico; por ello no se trata de distinguir entre un espacio de lo práctico donde habitan los cuerpos, donde hay vida; y un espacio privilegiado donde se teorizan los imperios científicos, que sirven de cimiento a los discursos de los estados para solucionar las crisis que emergen. Se trata de encontrar ese punto donde se reflexiona sobre espacio, como la condición de nuestra propia existencia y nuestro pensamiento: no hay un espacio diferente de lo otro, no hay una división de un espacio profesional y un territorio ocioso, uno práctico y otro teórico, científico y otro natural, uno técnico y otro vulgar, he ahí el espacio donde la filosofía se abre lugar.

En este sentido, ese espacio, que alberga la vida nunca está vacío, siempre está determinado por la orga-

nización y distribución de las cosas y los seres que lo habitan. Espacio que ayuda a identificar y diferenciar. Cerrar esta brecha es dirigirse hacia la dignidad de cada individuo de la especie humana y reconocer la igualdad en cada uno de ellos; reconocer que no se está en guerra con ese tercer actor que parece siempre estar de forma silenciosa en nuestra vida, “la naturaleza”.

Materia viva.

Materia inerte

Y, ahora que nos sorprende ‘nuevamente’ la acción del mundo inorgánico con la acción de un virus como el SARS-CoV-2, causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), es importante poner en el centro de la discusión la vieja tensión entre la materia viva y la materia inerte. Múltiples razones motivan y justifican esta orientación: propiciar la reflexión con respecto al conjunto de representaciones que mantienen la idea de estar frente a un enemigo; demandar a las autoridades científicas competentes información coherente y científicamente falseable con respecto a este tipo de entidades; revisar en la historia del pensamiento científico y lego, por qué vías se perpetúan las ideas que se han hecho sentido común en torno a lo vivo y lo inerte.

En esta revisión de la historia del pensamiento, de la cual aquí se presenta un breve bosquejo, llama la atención, que, pese a haberse producido evidencias para una vía que localiza y entiende lo inorgánico como estructurante de lo vivo, va a predominar la orientación contraria. Fenómenos culturales como la for-

ma de entender la materia, por parte de los hombres del siglo III de la antigüedad griega, quienes indicaban que lo que regía tanto a la materia viva como a la materia inerte era el mismo tipo de propiedades y cualidades; así como los trabajos del químico alemán Friedrich Wöhler (1800-1882), en el siglo XIX, que mostraron que era posible obtener un compuesto orgánico, como la urea, a partir de sustancias inorgánicas, sin la intervención de los riñones⁶, son muestra de dicha tensión.

Por tanto, como efecto del relacionamiento con el mundo exterior, con el de los dioses y, en el contexto de la pregunta por la conformación de lo real, dominará en la cultura en Occidente, un conjunto de ideas que se mantendrán y perpetuarán en la tradición científica, con la orientación de la idea que sugiere la existencia de un conjunto de fuerzas imponderables responsables de la existencia y mantenimiento del mundo material. En la historia de Occidente, esa fuerza vital, inmaterial y específica, ha sido relacionada con elementos, cualidades y fuerzas: desde los elementos tierra, aire, agua y fuego, pasando por el pneuma y los miasmas hasta el alma y el espíritu, inclusive.

Después de Platón y Aristóteles y, gracias a ellos, esa cualidad de un imponderable, será una de las claves en la separación entre lo vivo y lo inerte; y permitirá cualificar en el tiempo, una orientación que se ha definido por muchos investigadores como vitalismo; que se expandió por Europa a finales del siglo XVIII; característico por la idea que señala que 'los organismos vivos se distinguen de las cosas inanimadas por su relación con una fuerza vital que los genera y dispone al movimiento y transformación'. Pero el vitalismo, como analiza Georges Canguilhem, más desde un punto de vista filosófico que propiamente biológico, además de ser visto como una ilusión del pensamiento, como científicamente retrógrado, es "[...] la expresión de la confianza del viviente en la vida, de la identidad de la vida consigo misma en el viviente humano, consciente de vivir⁷".

Este carácter del vitalismo, se encuentra en el químico sueco Berzelius (1779-1848), quien indicaba que los procesos de los seres vivos como la formación de los tejidos, se daban gracias a la presencia de una fuerza vital, y no a partir de sustancias inorgánicas. Igualmente, como es convención en muchos trabajos de historia de la biología, en las investigaciones de otros vitalistas como el médico alemán Stahl (1659-1734), el médico francés Bichat (1771-1802) o Magendie (1783-1855), quienes plantearon la existencia de una frontera clara e infranqueable entre el mundo vivo y el inerte, y condujeron a dividir la química en dos áreas de estudio diferentes: una orgánica, para los compuestos químicos que formaban los tejidos de los animales y las plantas; y otra, inorgánica, para los compuestos que no tenían nada que ver con la vida.

Aún hoy en día, se sigue manteniendo esa tensión entre lo orgánico y lo inorgánico, por consiguiente, las ideologías que la sustentan; que son las que conduce a lugares comunes de inentendimiento que devienen, a su vez, en obstáculos al conocimiento científico como los presentó, el ya clásico y poco leído Gastón Bachelard; así como de desorientación del conocimiento lego, tan necesario en estos momentos emergentes y de emer-

gencia. En el estrato del conocimiento de las ciencias. Como señala (García Bello, D. 2016), la etiqueta de lo orgánico es bastante confusa, dependiendo del ámbito en el que se utilice; “por ejemplo, separamos la basura en desechos orgánicos e inorgánicos, y en esa división los polímeros van al contenedor de los residuos inorgánicos. En términos químicos lo que realmente estamos haciendo en esos casos es separar los residuos fácilmente biodegradables de los que no lo son. También en ocasiones, especialmente en agricultura, se utilizan indistintamente los términos orgánico y ecológico, a pesar de que en este caso ninguno de los dos adjetivos esté bien empleado” (García Bello, D. 2016, pp. 78-99).

Por esa vía se ha perpetuado la idea que aquello que produce la naturaleza no se puede generar de manera artificial en el laboratorio; y si se lograra no podría ser idéntico a lo que se hallaba en la naturaleza. Sin embargo, los químicos fueron capaces de crear en sus laboratorios compuestos a partir de reacciones químicas que ponen en interacción elementos del orden inorgánico; aún en condiciones de presión y temperatura semejantes a las seguidas por los seres vivos en condiciones naturales; logradas a través del uso de sustancias catalizadoras para acelerar o frenar las reacciones.

Esa singularidad catalítica, fue la que abrió la vía de conocimiento de la existencia de esas mismas sustancias en los procesos del mundo natural, vivo. De las que se encontró que son muy eficaces, selectivas y sensibles a variaciones de calor o presencia de otras sustancias. Catalizadores de la vida llamados fermentos a finales del siglo XVII⁸, y enzimas luego de los trabajos del fisiólogo alemán Wilhelm Kühne (1837-1900). Las investigaciones implicadas mostraron que era posible llevar a cabo procesos propios de los seres vivos incluso fuera de sus células, “que todos los procesos que ocurrían en los seres vivos podían emularse en un laboratorio a partir de sustancias comunes”.

Todo este proceso de investigación, pone en el horizonte de la discusión, “[...] que todo está formado por átomos entrelazados, desde las arenas de la playa hasta nuestra piel, [...] que no hay leyes para la materia viva diferentes a las leyes que gobiernan la materia inerte. Todo está formado por átomos, todo es química, lo vivo y lo inerte”. (García Bello, D. 2016, pp. 78-99).

“Las características y las propiedades de la materia viva están determinadas por los elementos químicos que la componen: los bioelementos. En la materia viva sólo encontramos 70 de los 115 elementos que componen la tabla periódica, y de estos 70 sólo 27 se hallan en una proporción apreciable en todos los seres vivos.

Los bioelementos primarios representan el 96,2% de la materia viva: oxígeno, carbono, hidrógeno, nitrógeno, fósforo y azufre. La mayoría de las moléculas que componen los seres vivos contienen carbono y se denominan biomoléculas.

El 3,9% de la materia viva está formada por otros elementos como el calcio, el sodio, el potasio, el cloro, el yodo, el magnesio y el hierro, y constituyen lo que llamamos bioelementos secundarios. Y los elementos que encontramos por debajo del 0,1% son los que denominamos oligoelementos: cobre, zinc, manganeso, cobalto, molibdeno, níquel, silicio. Hay 14 oligoelementos que se encuentran en todos los seres vivos y se les llama esenciales, ya que, aunque estén en muy baja proporción, ejercen funciones imprescindibles para la vida. Los seres vivos están constituidos por cuatro tipos de biomoléculas orgánicas: los glúcidos, los lípidos, las proteínas y los ácidos nucleicos.” (García Bello, D. 2016, pp. 78-99).

De esos 115 elementos químicos reconocidos, 92 se encuentran en la naturaleza, el resto han sido sintetizados artificialmente para su estudio. Esos 92 tipos de átomos, son los únicos que componen absolutamente todo lo que conocemos: piedras, agua, aire, plantas, piel, ojos, huesos, aliento.

En este orden de ideas, es importante indicar que el rótulo de lo orgánico es bastante confuso: la Química orgánica estudia todo lo relativo a los compuestos basados en el carbono, pero los compuestos no se encuentran únicamente en los seres vivos, también están en los compuestos inorgánicos, como el petróleo. En otra vía, es cierto que los seres vivos están estructurados con largas cadenas de carbono, pero los polímeros que son el paradigma de lo inerte, también lo están.

Además, el uso del término aumenta la confusión. Se separa la basura en desechos orgánicos e inorgánicos (los polímeros van al contenedor de los residuos inorgánicos), pero lo que realmente se hace es sep-

arar los residuos fácilmente biodegradables de los que no lo son. Igualmente, en agricultura, el uso de los dos adjetivos está mal empleado. Por su parte, en el del lenguaje cotidiano, con lo orgánico, se hace referencia a lo vivo o a lo que alguna vez lo estuvo; cargado de la chispa original, la fuerza vital que agita los átomos y los dota de vida.

La pregunta por la vida y lo viviente

Un eje fundamental en la discusión que aquí se sigue, es la teoría del vitalismo. Ella es mucho más que una ideología científica, aunque dicho papel también lo cumple; precisamente en la vecindad que mantiene con ideas animistas en las que, objetos o cualquier elemento del mundo natural, están provistos de un alma o espíritu propio, que ayuda a generar o a perpetuar la vida. Bajo estas ideas, por ejemplo, la muerte es el resultado de la pérdida del impulso vital y no el resultado del deterioro en la organización de los sistemas. Como se mostró en el aparte anterior, es un aspecto de muchas de las doctrinas filosóficas y científicas, que arguye que los organismos vivos, se diferencian de las entidades inertes (las materias simples), porque poseen una fuerza vital o impulso vital, que no es claramente ni de orden físico, ni químico; tal como se va coligando de las investigaciones de los naturalistas en el siglo XVIII. En otras palabras, por la vía de estas concepciones de los vitalistas se establece la frontera abrupta entre el mundo vivo y el inerte central en la estructura de clasificación de lo vivo; clave en el inentendimiento de la relación con el

mundo de los virus; y medular en las ideas que circulan en torno a la promoción del consumo de productos orgánicos, y de una agricultura orgánica. Vitalismo y naturismo son indisociables⁹.

Sin embargo, acompaña a muchos de los investigadores del ámbito de las ciencias naturales en el siglo XVIII, bajo la idea señalada por Canguilhem de que es la expresión de la confianza del viviente en la vida; siempre como respaldo a sus explicaciones biológicas y médicas, pero no en todos los casos, como obstáculos al conocimiento, como se reitera adelante. Por ello, va a estar en uso en muchos de ellos, como, por ejemplo, en el médico de la escuela de Montpellier, Paul Joseph Barthez (1734-1806), citado por Canguilhem, quien se reclama de la tradición hipocrática, y profesa la idea de que la causa que produce todos los fenómenos de la vida en el cuerpo humano, es el 'principio vital'. O en el médico y químico alemán Georg Ernst Stahl (1659-1734), de quien, el mismo médico y fisiólogo francés, Claude Bernard (1813-1878), en su artículo "Definición de la vida. Las teorías antiguas y la ciencia moderna", indica que fue el partidario más decidido y más dogmático de estas ideas perpetuadas desde Aristóteles (Bernard, C. 2015).

Para Claude Bernard, quien, de acuerdo con las ideas de Canguilhem, se puede considerar inclusive como vitalista, esta doctrina que manifiesta una evidente contradicción con la ciencia, alcanzó su mayor auge e influencia en el siglo XVIII con las ideas de Stahl, que rebaten reiteradamente las concepciones de médicos, químicos, yatroquímicos, yatrofísicos como las del médico y anatomista alemán Sylvius de Le Boë (1614-1672), o las del médico británico Thomas Willis (1621-1675), que explicaban todos los fenómenos de

la vida a través de acciones químicas como fermentaciones, alcalinidades, acideces, efervescencias.

Para Stahl, los fenómenos mecánicos, físicos y químicos de 'la materia bruta', son antagónicos a lo que hace la fuerza vital, ya que son los que 'tienden a destruir al cuerpo viviente en vez de conservarlo', indica (Bernard, C. 2015). Para él inclusive, la vida es el triunfo de la fuerza vital sobre la acción de las fuerzas químicas exteriores que tienden sin cesar a invadirlo y destruirlo. Esta fuerza vital actúa con inteligencia, con un propósito deliberado para la conservación del organismo.

Así pues, el vitalismo, que se encuentra en el centro de sus teorías, se mantuvo en tensión con las teorías mecanicistas que indicaban, entre otras ideas, que los organismos vivos están sujetos a las leyes fisicoquímicas generales; es decir, que la vida es el resultado de las condiciones dadas por la organización de los sistemas materiales. Descartes, con quien da comienzo lo que se tiene como la mentalidad moderna de Occidente, que siempre es uno de los autores citados en esta línea, separaba la acción del alma de la de la vida; ella como principio superior se manifiesta a través del pensamiento, mientras que el funcionamiento vital es efecto de las leyes de la mecánica. Es decir, el principio vital, en su caso el alma, arribaba a la máquina humana como 'simple espectadora' y no interviene en las funciones vitales.

Como se ha mostrado, esta tensión entre mecanicismo y vitalismo ha estado presente en el enfrentamiento entre preformación y epigénesis, atomicidad y totalidad y las relacionadas con el sistema nervioso en las que alma, espíritu, jugo nervioso, espíritu ani-

mal, sentido común, que juegan como mediadores. Igualmente, el mecanicismo, como método científico, como filosofía, como postulado implícito de todo uso de las máquinas, ha servido como argumento para explicar la diferencia entre el animal y el hombre, entre el mundo natural y el de las máquinas. La acción del animal-máquina es a través de la astucia de la razón, realiza sus propios fines por intermedio de objetos; como la máquina que es un mediador que no crea nada, pero logra una efectualidad por una astucia.

Pero esta astucia debe ser diferente a la usada por el animal para evitar las trampas; es decir, la astucia humana no puede ser la misma que emplea la naturaleza, para que la hipótesis mecanicista no conduzca a la hipótesis de un Dios engañador, al transformar al hombre en animal rodeado de trampas. Por ello, se pregunta (Canguilhem, G. 1980), si “no estará fundamentado así el concluir entonces que la teoría del viviente-máquina es una astucia humana que, tomada al pie de la letra, ¿anularía al viviente? Si el animal no es más que una máquina, e incluso la naturaleza entera ¿por qué tantos esfuerzos humanos para dominarlos?”

Esta parentela entre el animal y el hombre, anunciado en autores del mundo greco latino, como Plutarco y Claudio Eliano, para mostrar la delgadez de la frontera y para denunciar las prácticas de uso de los animales como diversión e inclusive como alimento, resalta aún más que el vitalismo va más allá de ser una ideología científica que confía en la espontaneidad de la vida, genera problemas que promueve repercuten sobre otros, es inclusive un principio de vida, una de las manera en que se estructura lo que Artur

Lovejoy va a estudiar bajo su perspectiva de historia de las ideas como “la gran cadena del ser”. Así, en el contenedor del vitalismo podría agruparse muchos pensadores: Aristóteles y su vitalismo, Platón y el finalismo, Barthez y su principio vital, Bichat y su fuerza vital, la entelequia de Driesch, el hormé de von Monakow; Stahl, Cournot, Claude Bernard, Ruyer; entre muchos otros.

Si bien mantiene esta separación, no es un impedimento para Descartes extraer el ‘cogito’ no de la existencia real del yo, sino de un acto de conciencia (Serres, M. 1993). Para Descartes, la experiencia del color, del olor, de la consistencia, del sonido, de la untuosidad, es vaga, voluble, y arruina la experiencia estable; por ello, la única invariable concebible es el entendimiento. Así, su propuesta de cerrar los ojos y tapar las orejas, para acceder a lo ‘real’, no es otra cosa que reducir el mundo objetivo al propio del alma, donde, el sensorium general se expresa de manera arbitraria y anómica sobre la extensión de lo inteligible.

En este sentido, para Descartes sólo queda un mundo vacío, distinto y claro, de puntos, de planos, de esferas y torbellinos, como soporte de las condiciones teóricas integralmente asumidas por el sujeto que piensa. Es decir, ¿qué es lo que existe? Sólo el individuo y el espacio euclidiano de representación. En otras palabras, con él, al poner el cogito como el lugar de las evidencias racionales, se da inicio a la subjetividad moderna, y se abre el cerco del conocimiento de la “realidad”, a través de la vía indirecta o mediata de la inferencia racional; un “Método” buscado desde entonces como una especie de Santo Grial de la ciencia.

Tampoco es un impedimento para mantener una concepción que está en la misma vía del animismo de Stahl, que mantiene que se trata de un principio vital, activo y vivificante del hombre, dotado de la facultad de razonar, de la cual depende la vida del cuerpo animal. En Descartes el alma, que sobrevive después de la muerte, no anima al cuerpo humano, pero gobierna voluntariamente sus movimientos, actuando como opera una sustancia sobre otra.

De otro lado, como muestra Canguilhem, la aceptación de las concepciones vitalistas no fueron un obstáculo en el movimiento de la investigación científica; más bien contribuyeron a su estructuración. Por ejemplo, para el impulso que el anatomista alemán, Caspar Friedrich Wolff (1733-1794), quien gracias a observaciones microscópicas, dilucida y explica los diferentes momentos que sigue el desarrollo del huevo; en un momento en el que dos corrientes de pensamiento dominaban el ámbito de las investigaciones de los procesos de fecundación: los epigenetistas que consideraban que los dos padres participan en esa fabricación; y los preformistas que consideraban que sólo una de las simientes era la principio esencial de la generación; en consecuencia, estaban los ovisitas (el principio está en el óvulo) y los animalculistas (el principio está en el espermatozoide).

Wolff, retomó la teoría de la epigénesis y mostró hacia 1759, que las venas sanguíneas que se observan en el huevo no están presentes desde el principio; que el embrión se forma a partir de un fluido homogéneo que va adquiriendo forma gracias a una “fuerza esencial” (*vis essentialis*) material, por el plegamiento en tubos de capas homogéneas (hojas embrionarias). A pesar de las proximidades entre ambos, estas te-

orías no serán acogidas por el anatomista y botánico suizo Albrecht von Haller (1708-1777), quien observa “[...] que, cuando el embrión de gallina se desarrolla, forma unas láminas en la superficie de la yema del huevo, a la altura del disco germinal, de las cuales una parte sirve para la constitución de sus propios órganos, mientras que una porción más excéntrica, las llamadas láminas extraembrionarias, se extiende progresivamente por la superficie de la yema y la envuelve formando las paredes del saco vitelino” (Giordan, A. 1987).

Otro dominio en el que se visualiza esta tensión es el de la neurología. En ese campo, el cerebro no se constituye como unidad, sino que presenta una superespecialización en la generalización y su historia es igualmente múltiple, llena de superposiciones e intervenciones: un poco de fisiología, un poco de fisiognomía, un tanto del alma, de localización, de ciencia, de espectáculo, un poco de magnetismo y de medicina legal. En esa historia no hay un problema fundamental que contenga y explique los demás; se presentan intercambios, superposiciones, traspasos. Cada uno a su manera es general y particular (Gutiérrez, 1998).

Allí, si se trata del hombre máquina en el sentido cartesiano del término, los espíritus animales, impulsados por el corazón, distribuidos por el cerebro y canalizados por los nervios, acortan los músculos, los hinchan y provocan el movimiento. Si se trata de máquinas yatrofísicas o yatroquímicas, en las que el movimiento es explicado por una naturaleza geométrica de rombos y paralelepípedos donde el estómago es una retorta, las venas y arterias son tubos hidráulicos, el corazón un resorte, el pulmón un

fuelle y los músculos cuerdas, un “viento sutil”, con gotas de “succus nerveus” produce la actividad y el movimiento.

Todos estos sistemas transmutarán y decaerán, pero para el entendimiento del funcionamiento de los cuerpos vivos no se dejará de recurrir a fuerzas, poderes especiales o principios vitales de los que no participa la materia, pero que sí son responsables de todas sus actividades. Así, pasando por una química neumática, la de los gases del químico y fisiólogo de los Países Bajos, Van Helmont (1580-1644) y sin alejarse de una explicación mecánica del funcionamiento del cuerpo¹⁰, un nuevo imponderable, el identificado por el químico francés Lavoisier (1743-1794), como fluido sutil, el calórico, aparecerá con fuerza renovada para apoyar las argumentaciones.

En la misma deriva de la necesidad de mediadores, pero en horizonte de investigación diferente, para muchos fisiólogos y anatomistas del siglo XVII y algunos del siglo XVIII, eran impensable los receptores sensoriales sin un sentido común a todos los sentidos - el sensorium comune y el alma medular- (Mazzolini, 1990). Por ello, en sus estudios sobre la estructura anatómica de cada uno de los órganos de los sentidos, centraron su atención en encontrar estructuras físicas que permitieran encontrar el mediador, que por mucho tiempo fue el sentido común; un sentido común a todos los sentidos.

Por su parte, el calórico, fuerza motriz que puso en movimiento las máquinas de la revolución industrial británica, del que se sirvió el ingeniero francés, Sadi Carnot (1796-1832), para su análisis elemental de la fuerza motriz del calor, que es el punto de partida de

la termodinámica, será quien arrojará los argumentos para la explicación del funcionamiento de la máquina humana del siglo XIX, Máquina humana que “[...] como la de vapor no trabaja sino cuando se introduce en ella combustibles, que quemándose, producen calórico, que en parte se transforma en calórico y parte en trabajo [...]” (Revista Científica e Industrial, 1872). Robert Boyle, Lavoisier y Laplace, postulaban que la respiración, que era tenida como la fuente del calor animal, era idéntica a la combustión que se producía en el carbón. Es decir, el calórico es otro de los fluidos sutiles que se insinúa entre las moléculas de los cuerpos

Al respecto Canguilhem reitera que: “La física y la química buscando reducir la especificidad del viviente, no hacen en suma más que permanecer fieles a su intención profunda que es la de determinar leyes entre objetos, válidas por fuera de toda referencia a un centro absoluto de referencia. Finalmente, esta determinación les ha conducido a reconocer hoy la inmanencia del que mide a lo medido, y el contenido de los protocolos de observación relativos al acto mismo de la observación” (Canguilhem, G. 1980).

Conclusiones

Este momento que estamos pasando como humanidad, ha conducido a re-pensar la vida, lo que conecta y relaciona, así como en el colectivo que configura. A su vez, que no solo los humanos son los habitantes de este planeta, y que se debe respetar la codificación de supervivencia y vida que implica las interacciones con todo lo que en este planeta habita.

Las narrativas científicas y económicas (narrativa en tanto ficción), se han desplazado a través de conceptos que han conducido al establecimiento de orden, homogeneidad y jerarquías frente a los diferentes niveles de lo vivo (orgánico e inorgánico); de ahí las pautas meticulosamente racionales de uso de ciertos implementos, técnicas de limpieza o hasta mediciones de los patrones de espacio entre vivientes. Cuando se piensa en estos datos y se organizan en una narrativa, los hechos se vuelven como morfemas organizados por una gramática en un lenguaje de descripciones, que lo único que hace es representar una realidad que conecta todas las demás narrativas: la artística, la histórica, la social. Y como está dejando ver la pandemia, los principios de saber de ordenamiento de sus percepciones y descripciones, devienen comunes (sentido común) y se instauran en las profundidades de los inconscientes.

Esa disposición, no es nueva; se fue estructurando en el tiempo a través de múltiples crisis. Así, hoy se habla de curvas, aplanamientos, picos, descensos, porcentajes; inevitablemente relacionadas a los sistemas métricos de categorización, que son simples ideas arquetípicas de orden, las cuales son precisamente las que sacan de perspectiva, de horizonte visual y de reconocimiento, toda relación de vida que comparte el espacio planetario. Así, simplemente lo que queda en el centro de la discusión como siempre es el hombre y no su relación en el tejido de vida del planeta.

Como se puede observar, el sistema de ordenamiento se toma desde una forma de relación entre un grupo dominante, por no decir especie y otro subordinado, y, se presenta una narrativa política en el ámbito de lo biológico, evitando hablar de la catástrofe inminente que acecha el planeta, el agotamiento y destrucción de recursos para la supervivencia de todos.

El hombre no es solo una forma de existencia del ser, sino el ser según una forma de vida determinada por una forma de existencia y una individuación que se enriquece en la medida que alcance una vida cualificada, según su comprensión colectiva. Al superar la sobre determinación del ser al reconocer los deseos como motivaciones, las creencias como certezas, y las relaciones siempre en desequilibrio entre aspectos materiales y dimensiones mentales subjetivas, se recobra la aprehensión del poder en el gobierno y control de los fenómenos sociales; la dimensión del orden y de la ley, conquista común tanto para la imposición de las instituciones como para la creación de la utopía de un 'nuevo' ser humano autónomo, aún de sí mismo.

Además, habitamos un inentendimiento del acontecer, marcado por una serie de olvidos como lo recuerda Michel Serres. Olvido del 'uso' del lenguaje, de la relación significativa entre el lenguaje y el mundo. Olvido de la evolución, de la contingencia de la vida, de la emergencia de los monocelulares, que concierne a nuestra duración, nuestra especie, nuestra salud, nuestra existencia. Olvido del planeta, de este hábitat global compuesto de nichos en masa y de "no-humanos", átomos, moléculas, cristales, rocas, continentes, mares, cosas llamadas

inertes. Olvido de la muerte, de los procesos de emisión, recepción, almacenamiento y tratamiento de energía e información. Olvido de la materia; del entorno; del universo; de las culturas diferentes.

Notas

1. Esta concepción del espacio, proviene de las investigaciones en gravedad cuántica, que es el campo de la física teórica que combina, la teoría cuántica de campos, que relaciona tres de las cuatro fuerzas fundamentales de la naturaleza descritas hasta ahora: electromagnética, nuclear fuerte y nuclear débil, con la relatividad general, la teoría de la cuarta fuerza fundamental: la gravedad. Ver: Rovelli C. (2018), El orden del tiempo, Barcelona, Anagrama.

2. Viene del latín «iners» o «inērtis»; formado del prefijo «in» privación o negación y «eris» o «artis» tema de «ars» o «artis» articulación. Adranis **αδρανής**. Ver: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>

3. Los modelos cognitivos hacen referencia los saberes, las prácticas, las disciplinas y las ciencias; que presentan un campo particular por el cual se expresan, se evidencian, se diferencian y crean mundo; a su vez, que se enmarcan en la orden de: escuelas, academias e instituciones universitarias, que conforman facultades, y unidades académicas. Y aunque varían en lo local, no dejan de ser el depósito de un conjunto de enunciados que copian su organización de unos modelos científicos que tienden a la coherencia y a la demostratividad, que son admitidos, institucionalizados y enseñados, y evidencian una manera de mundo (Londoño, F. 2018) .

4. Como lo muestra Pedro Conde y Ana Isabel Martín, de la enciclopedia que se atribuye a Celso, llamada De Artibus (Sobre las artes), solo se conserva la correspondiente a la medicina. Esta sección, es considerada una de las mejores huellas de la antigua escuela de medicina alejandrina; y es fuente recurrente para referir temas como dieta, farmacia y cirugía (Conde Parrado, P. y Martín Ferreira, Ana, 1998).

5. Carecen de cualquier forma de energía y metabolismo del carbono, y no pueden replicarse ni evolucionar por sí solos. Se reproducen y evolucionan únicamente dentro de las células. Sin las células del huésped, los 'virus' son "materia 'orgánica' compleja inanimada". (Los virus no están vivos. <https://www.investigacionyciencia.es/>. Recuperado 05-2021).

6. “[...] Un día, y de forma fortuita, mezcló dos compuestos inorgánicos, el cianato de plomo y el amoníaco acuoso, y al calentar la muestra obtuvo un compuesto orgánico: el cianato de amonio o urea. [...] El descubrimiento de Wöhler fue toda una revelación, y muchos de sus colegas trataron de emularlo y de obtener compuestos

orgánicos a partir de otros inorgánicos. En la década de 1850, el químico francés Pierre E. Berthelot obtuvo docenas de compuestos, entre ellos el alcohol etílico y el ácido fórmico, y más tarde llegó a sintetizar el metano, el acetileno y el benceno. [...] A estos primeros hallazgos les siguieron miles y miles de otros compuestos orgánicos sintetizados en el laboratorio (García Bello, D. 2016).

7. “Una historia de la ciencia biológica [...] enseña que la fecundidad del vitalismo está lejos de ser nula; que, en particular, ella está en función de circunstancias históricas y nacionales, bastante difíciles de apreciar en cuanto a su significación, y que encaja por lo demás bastante incómodamente en los cuadros rígidos de la teoría de la raza, del medio y del momento o en los más flexibles del materialismo histórico”. (Canguilhem, G. 1980).

8. “[...] En 1752, el científico francés René A. F. de Réaumur (1683-1757) extrajo los jugos gástricos de un halcón y demostró que eran capaces de disolver la carne. Pero no entendía por qué, ya que los jugos no eran lo que él denominaba materia viva, sino un desecho inerte. A los químicos de la época se les ocurrió entonces que había dos clases de fermentos: los que actuaban fuera de las células vivas, para digerir el alimento, denominados fermentos no formes, como los jugos gástricos, y los que sólo podían actuar dentro de las células vivas, llamados fermentos formes, como los fermentos de la levadura que descomponían los azúcares y los almidones para formar vino o hinchar el pan.” (García Bello, D. 2016).

9. Esta idea se entiende mejor, al seguir el argumento de Georges Canguilhem con respecto al vitalismo como expresión de una desconfianza con respecto al poder de la técnica médica, por ejemplo, de la eficacia de los remedios sobre las funciones vitales; en un momento en que se conserva como potencia la teoría hipocrática de la natura medicatrix, de la naturaleza como el primero de los médicos.(Canguilhem, G. 1980).

10. Van Helmont cree en la potencia del mundo, en la astrología, en las brujas, en el diablo. Considera a la ciencia experimental y al mecanicismo como obra jesuítica y diabólica a la vez. Rechaza el mecanicismo porque es una hipótesis, es decir una astucia de la inteligencia con respecto a lo real. Para él, cada ser tiene su fuerza y una fuerza específica. La naturaleza es una infinidad. Para él, la exhalación de la madera es el ‘espíritu salvaje’ que nombrará como ‘gas silvestre’, que “[...] desempeña un papel considerable en la historia de la desaparición de las almas fisiológicas griegas”. (Smith C.U.M, 1970).

Bibliografía

Bernard, C. (2015), Definición de la vida. Las teorías antiguas y la ciencia moderna. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(2): 369-386. En <http://scielo.sld.cu>

Canguilhem, G. Aspectos del vitalismo (2005), en Palau (Ed.) *El conocimiento de la vida*, Universidad Nacional de Colombia (Medellín).

Conde Parrado, P. y Martín Ferreira, A. (1998), Estudios sobre Cornelio Celso. Problemas metodológicos y estado de la cuestión. *Tempus*. 20:5-80.

García Bello, D. (2016), *Todo es cuestión de química... Y otras maravillas de la tabla periódica*. Paidós.

Giordan, A. (1987), *El concepto de fecundación*, en Giordan et All (Eds.) *Conceptos de biología 2*. Labor.

Gutiérrez F. (1998), *Un cuerpo para el alma. Fisiognomía, frenología, craneometría en el siglo XIX en Colombia* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia, Medellín].

Heisenberg, W. (1959), *Física y filosofía*, Ediciones la isla.

Londoño, F. (2018), *Paisaje y azar. Un paisaje maquinal* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Colombia, Medellín].

Mazzolini G., R. (1990), *Modelos y esquemas de la máquina pensante (1662-1762)* en: Corsi (Ed.) *La Fabrique de la pensée*. Electa.

Revista Científica e Industrial (1872), La máquina humana *Revista científica e industrial* (Año I, Serie 2, N° 22). S. E.

Rovelli, C. (2018), *El orden del tiempo*, Anagrama.

Serres, M. (1995), *Los orígenes de la geometría*. Tercer libro de las fundaciones. Flammarion, Universidad Nacional de Colombia (Medellín).

Serres, M. (2016), *Darwin, Bonaparte y el samaritano*. Los Ensayos del Manzano.

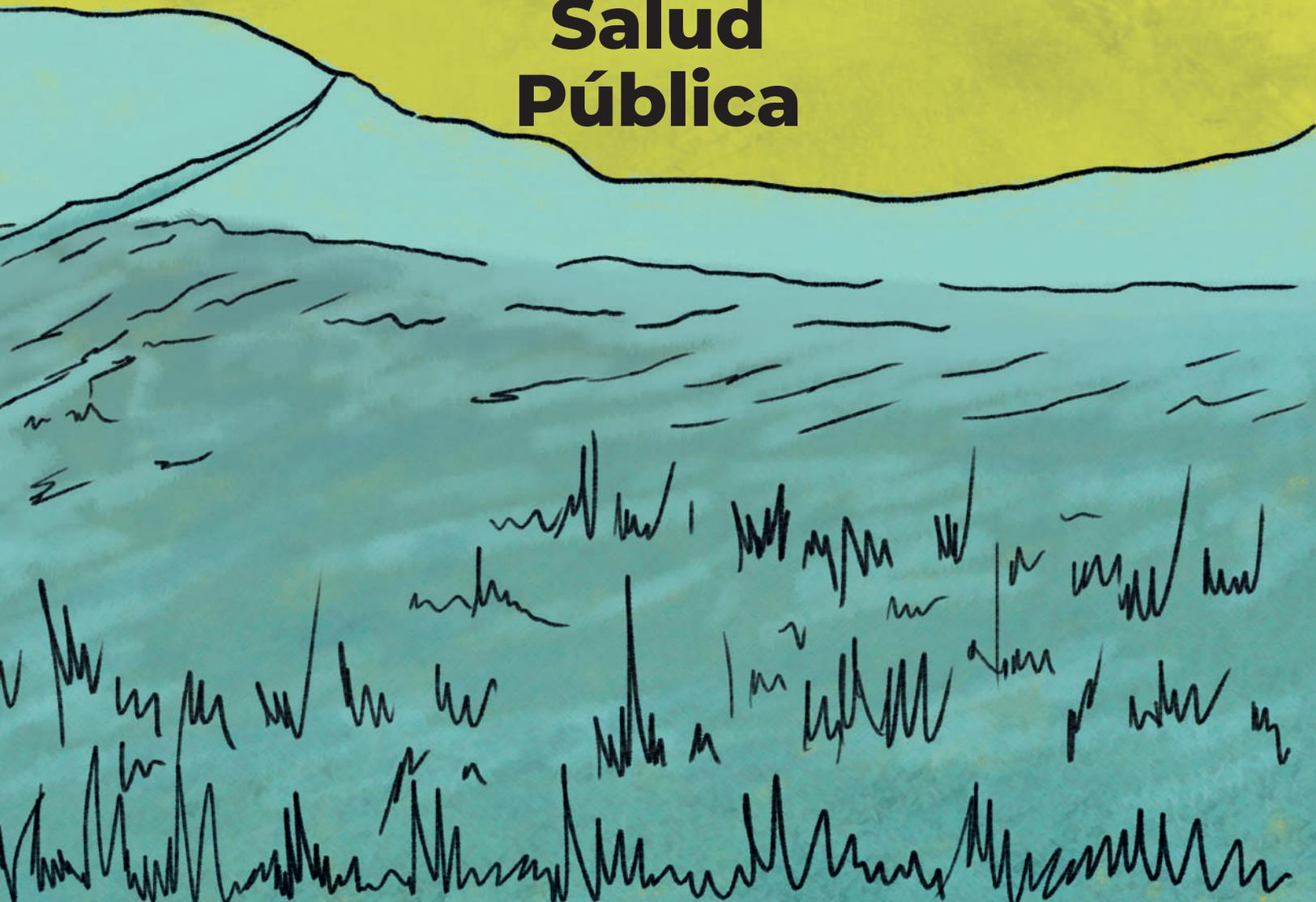
Smith, C.U.M. (1970), *El problema de la vida*. Alianza Editorial.

Wagensber, J. (2004), *La rebelión de las formas: o cómo perseverar cuando la incertidumbre aprieta*. Tusquets Editores.



Salud

Salud Pública





Dengue, Zika y Chikungunya: de la emergencia a la endemia

DIANA ALEXANDRA GONZÁLEZ
CHACÓN

Subdirección de Laboratorio de
Salud Pública.

Subsecretaría de Salud Pública.
Secretaría Distrital de Salud de
Bogotá.

Las arbovirosis son un enorme reto para la salud pública local y mundial, ya que confluyen diversos factores para su presentación y manejo: la biología del mosquito y del virus, la interacción con los animales y el ambiente, el cambio climático, el territorio, el comportamiento humano, los recursos técnicos, económicos, políticos y el sistema de salud de los países, entre otros.

Los eventos pandémicos que afectan a la humanidad suelen ser de origen microbiano, dentro de este grupo existe variedad de microorganismos, principalmente virus, bacterias y parásitos, así como mecanismos de transmisión. Además, se requiere de un espacio geográfico y la interacción entre ambiente, animales y personas para que inicie la cadena de contagio. En ese marco surgen las enfermedades zoonóticas que son aquellas en donde interviene algún animal como transmisor directo o indirecto de un agente microbiano a una persona. Es así, como los mosquitos han entrado en esa cadena, convirtiéndose en un vector de la enfermedad, es decir, que estos insectos tienen la capacidad de pasar un microorganismo de un humano infectado a un humano sano, mediante la picadura y subsecuente succión de sangre; este tipo de enfermedades son conocidas como enfermedades transmitidas por vectores. Cuando los mosquitos transmiten específicamente virus se denominan arbovirosis (del inglés Arthropod Borne Virus).

Los eventos pandémicos que afectan a la humanidad suelen ser de origen microbiano, dentro de este grupo existe variedad de microorganismos, principalmente virus, bacterias y parásitos, así como mecanismos de transmisión. Además, se requiere de un espacio geográfico y la interacción entre ambiente, animales y personas para que inicie la cadena de contagio. En ese marco surgen las enfermedades zoonóticas que son aquellas en donde interviene algún animal como transmisor directo o indirecto de un agente microbiano a una persona. Es así, como los mosquitos han entrado en esa cadena, convirtiéndose en un vector de la enfermedad, es decir, que estos insectos tienen la capacidad de pasar un microorganismo de un humano infectado a un humano sano, mediante la picadura y subsecuente succión de sangre; este tipo de enfermedades son conocidas como enfermedades transmitidas por vectores. Cuando los mosquitos transmiten específicamente virus se denominan arbovirosis (del inglés Arthropod Borne Virus).

Las arbovirosis transmitidas por mosquitos del género *Aedes* que mayor prevalencia presentan a nivel mundial son el dengue, Zika y Chikungunya (correspondientemente 96 millones, 693.000 y 500.000 casos aproximados por año) (Madewell, 2020). Cuando una persona se infecta de cualquiera de los tres virus presenta unas manifestaciones clínicas iniciales similares, que incluyen fiebre, malestar general y decaimiento, sin embargo, a medida que avanza la enfermedad se pueden presentar otros síntomas característicos, los cuales se detallan en la tabla 1. A pesar de ello, no siempre se pueden diferenciar sin una prueba específica de laboratorio, lo que hace que no se describa, en la mayoría de las veces, cuál es el virus implicado. Este es un reto que subsiste,

por lo que las medidas de prevención y control están dirigidas principalmente a los elementos comunes: el mosquito vector, el control del ambiente, el cambio de comportamiento de las personas y el manejo general de los síntomas compartidos. El conocimiento sobre las arbovirosis avanza en todas las áreas del conocimiento, no obstante, sigue constituyendo un reto para la salud pública mundial, debido a que son enfermedades que presentan en la actualidad un número elevado de casos por año, siendo consideradas endemias en la mayoría de países de América Latina y el Caribe.

Reporte de los primeros casos

Dentro de las arbovirosis la enfermedad que tiene mayor número de registros históricos y contribuciones en el estudio de estas virosis son la fiebre amarilla y el dengue. Los primeros registros clínicos, no comprobados, del dengue se publicaron durante la dinastía Jin entre los años 265 a 420 d.C. y se le conocía con el nombre de “veneno del agua” quizá por el incipiente conocimiento en la relación del agua con el desarrollo de la enfermedad, hoy en día se sabe que el agua es necesaria para que se lleve a cabo una parte del ciclo de vida del mosquito. Sin embargo, las descripciones clínicas realizadas son similares a las de cualquier virosis febril. En 1635 y 1699 se registraron epidemias similares al dengue en la India occidental y se presentaron epidemias confirmadas entre 1779 y 1780 en África, Asia y América (Qureshi y Saeed, 2020; Silva et al., 2020)

En 1801 en España se empieza a utilizar el término Dunga para referirse a la enfermedad conocida actualmente como dengue, se considera que proviene de la frase suahili “Ka-dinga pepo”, que significa “ataque de calambre causado por un espíritu maligno”, siendo empleado el término acortado “Dunda”. Entre los esclavos de la India occidental la enfermedad era conocida como “fiebre del dandi”, por la postura que adoptaban las personas al contraer la enfermedad, ya que tenían una postura y caminar similar al del dandi. En 1828 en Cuba mientras se presentaba una epidemia se acuñó en América Latina y el Caribe el nombre de dengue para denominar la enfermedad (Qureshi y Saeed, 2020).

En América las enfermedades infecciosas ingresaron mediante la colonización europea y los viajes consecutivos realizados durante las siguientes décadas; el impacto en las poblaciones se debió a la ausencia de inmunidad frente a los microorganismos ingresados. Las poblaciones nativas de América se vieron diezmadas por enfermedades como la gripe, el tifus, el sarampión y la viruela. También enfermedades como la tuberculosis, la sífilis y las neumonías bacterianas se vieron exacerbadas por las deficientes condiciones de alimentación, higiene, el hacinamiento en las viviendas y las precarias condiciones laborales (Chakraborty, 2008).

Muchas de las enfermedades infecciosas que han causado pandemias se remontan a la antigüedad, siendo por ejemplo la gripe, la peste o el polio, a diferencia de estos, el dengue es una enfermedad que fue reportada por primera vez en América en 1635, cuando se produjo el primer brote en las islas Matinica y Guadalupe, sin embargo, no es hasta finales del siglo

XVIII que se tienen reportes oficiales de la enfermedad en Batavia (hoy Yakarta), el Cairo y Filadelfia. En esta última ciudad, posterior a la descripción de los síntomas, el médico Benjamin Rush llamó a la enfermedad “la fiebre de los huesos rotos” (Chakraborty, 2008).

La primera epidemia de dengue en el Perú data de 1818 denominada “fiebre ephemera”, se presentaron 50.000 casos. A inicios del siglo XIX el dengue empezó a ocupar la atención de las autoridades sanitarias del mundo, ya que la enfermedad tuvo presencia en la región del Caribe, México, Cuba, Jamaica, Venezuela y en las zonas portuarias de Estados Unidos, Pensacola, Florida, Charleston, Carolina del Sur, Georgia, Savannah, Luisiana Texas, Alabama, Mississippi y Nueva Orleans. En 1897 casi todas las ciudades del sur de Estados Unidos presentaron endemia de dengue. También se presentaron casos en Curazao, las Antillas Menores, en la costa norte de Colombia y las Bermudas (Chakraborty, 2008).

Entre 1846 y 1848 Brasil sufrió una epidemia de dengue y presentó una siguiente en 1951. En 1877 ocurrió una segunda epidemia de dengue en el Perú, el médico Leonardo Villar describió con mayor profundidad la sintomatología, allí dejó registrado que era “una enfermedad que causa fiebre, malestar, hemorragias de nariz y útero que dejaba suma languidez durante 15 días o más a aquellos que la sufrían” (Ministerio de Salud, 2000). Desde esa fecha, se empezaron a reportar síntomas hemorrágicos, que ocasionaron la muerte de las personas que padecieron la enfermedad. Durante el desarrollo de la segunda guerra mundial, entre 1939 y 1945 se empezó a masificar la presencia del vector, especialmente en el sudeste

asiático y las islas del Pacífico, esto debido al movimiento continuo de las tropas del ejército y los equipos de guerra por ello, esos países se convirtieron en hiperendémicos (Hilgenfeld y Vasudevan, 2018; Silva et al., 2020).

Debido a esto se empezaron a diseñar medidas de salud pública, específicamente en Estados Unidos, que consistieron en limitar la propagación del dengue, mejorando las condiciones sanitarias generales, que implicaron mitigar los sitios de permanencia y cría de los mosquitos, el agua potable y la fumigación masiva. Además, se crearon comisiones para unir esfuerzo en la lucha de la erradicación de la enfermedad. Con esta estrategia entre los años 50 y 70 se logró mitigar la cantidad de mosquitos en la región de las Américas, pero fue después de esos años, debido al alto flujo migratorio, los viajes internacionales y la creciente interconexión entre los países, producto de los tratados económicos, que ingresaron a los territorios personas infectadas y mosquitos, lo que reactivó la cadena de transmisión. Así, en los años 90 los mosquitos, principalmente los de la especie *Aedes aegypti* repoblaron la mayoría de países.

En la actualidad, El dengue, Zika y Chikungunya son enfermedades endémicas e hiperendémicas en gran parte de los países de América Latina y el Caribe (Chakraborty, 2008). A partir de estudios genéticos y epidemiológicos se ha determinado que el dengue humano, con ciclo doméstico, y el dengue de los monos, con ciclo de transmisión selvático, evolucionó de un ancestro viral común, iniciando la transmisión en las selvas e introducida a los ambientes urbanos debido a los comportamientos de las personas y las dinámicas sociales (Halstead, 2008).

Este es un periodo de instauración de las poblaciones de mosquitos y la circulación viral en la población es lo que desencadenó la conformación de brotes y epidemias en diversas zonas de América, que tuvieron en común diversos factores: las condiciones climáticas como el clima templado y caliente, junto con la humedad relativa mayor de 60%, la disponibilidad y calidad de sitios de cría de los mosquitos (en esos primeros años la constituyeron principalmente barriles que traían mosquitos adultos o huevos adheridos a las paredes de los recipientes); poblaciones humanas asentadas en densidades moderadas y altas, que brindaron la oportunidad a los mosquitos de alimentarse. A eso se sumaron las condiciones de vida de las personas, que incluyeron, deficiencias en la alimentación, condiciones de la vivienda, disponibilidad de agua y manejo de los residuos sólidos.

Zika

En 1947 en una búsqueda de vectores de la fiebre amarilla, fue aislado por primera vez el virus del Zika, proveniente de un mono Rhesus en el bosque de Zika en Uganda. En 1952 se determinó la capacidad del virus de causar enfermedad en humanos, ya que se encontraron anticuerpos neutralizantes frente al virus en pacientes de Uganda y Tanzania. En Nigeria en 1954 se aisló por primera vez el virus en un humano, una niña de 10 años, este es considerado como el primer caso notificado (Silva et al., 2020). En 1957 se reportó una infección fuera del continente africano, específicamente en la ciudad de Indonesia. Pese a esos reportes iniciales, en el año 2000 la notificación de personas infectadas era muy baja, se contó un número de 20 casos y la presencia de la enfermedad

estaba contenida en zonas geográficas puntuales, por lo que hasta ese momento no se había notificado la existencia de epidemias de la enfermedad. En 2007, se notificó el primer brote de la enfermedad en la isla Yap de la Micronesia, entre 2013 y 2014 se presentó una epidemia de Zika en la Polinesia Francesa, fue ahí donde se encontró relación entre la infección y la presencia clínica de síndrome de Guillain – Barré y neuropatía parálítica. Posterior a ello, se encontró presencia autóctona del virus en Latinoamérica, primero en Brasil en el año 2015 y posteriormente en Colombia, segundo país más afectado.

El virus del Zika representa un mayor esfuerzo en el manejo, prevención y control, debido a la asociación con consecuencias neurológicas y a las vías no vectoriales de transmisión (sexual y congénita). El manejo desde salud pública ha incluido el control vectorial habitual, educación para la salud, recomendaciones de la concepción y desarrollo de guías para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la enfermedad (Cucunubá, 2016; Silva et al., 2020).

Chikungunya

El virus del Chikungunya se descubrió por primera vez en 1952 en un grupo de personas enfermas y febriles en Tanzania, específicamente en una aldea del sudeste de Tanzania y el norte de Mozambique. En la lengua bantú la palabra Chikungunya significa “aquel que se encorva” haciendo referencia a la manifestación clínica clásica de la enfermedad que es la postura curvada debido a las mialgias y artralgias (Acosta et al., 2015; Lo Presti et al., 2014). En esta oportunidad, se describieron las particularidades clínicas

de la enfermedad que la clasifican como un síndrome febril que presenta dolor intenso e incapacitante por periodos largos de tiempo en las personas que la padecen, la característica que diferencia esta arbovirosis de las demás es la cronicidad.

Después de ese brote inicial se describieron otros en 1960 en la zona urbana de Bangkok, entre 1963 a 1973 en Bansi – India, en 1999 y el año 2000 en la República Democrática del Congo y se clasificó como epidemia con cerca de 50.000 personas afectadas por la enfermedad. Posterior a ello se presentaron epidemias relevantes en Kenia (donde abrió paso a la diseminación de la enfermedad en el sureste asiático e India) Italia, Croacia y Francia. En el 2005 se reportó el primer caso en la Isla Reunión (región de ultramar de Francia) con un aumento inusual de casos, alcanzando hasta 40.000 personas infectadas por semana y un total de 254 muertes durante el desarrollo de la epidemia. Hubo reporte de casos en neonatos, lo que llevó a determinar la presencia de transmisión transplacentaria en hijos de madres positivas a la enfermedad. Entre los años 2006 y 2007 se presentaron en total 1.3 millones de casos en la India y diseminación al norte de Italia (Acosta et al., 2015).

En América se presentaron durante varios años casos, siendo todos importados y sin presencia de casos endémicos. En el 2013 en las Isla de Saint Martin se reportaron los primeros casos del continente, después en 2015 la OMS declaró la presencia de transmisión autóctona en Estados Unidos, México, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil, Paraguay y las islas del Caribe (a excepción de Cuba). En Colombia en el 2015 todos los departamentos de Colombia habían reportado casos sospechosos de la enfermedad.

Avances científicos

Desde el enfoque de laboratorio, la primera mitad del siglo XX significó la época dorada para los avances en la caracterización de los arbovirus. Con el objetivo de aportar en la erradicación de la fiebre amarilla (la primera arbovirosis de importancia médica y epidemiológica) desde 1913 se fundaron la Comisión Sanitaria Internacional y la Comisión de la Fiebre Amarilla, que junto a la Fundación Rockefeller y diversos organismos internacionales, aportaron en la ampliación de la capacidad de investigación viral en los laboratorios, es así como, después de la finalización del programa en la Fundación Rockefeller los científicos direccionaron su trabajo al descubrimiento, caracterización y clasificación de numerosos virus, incluidos el dengue, Zika y Chikungunya. Además, de realizar estudios con mosquitos y hospederos para la caracterización de los ciclos zoonóticos, urbanos y selváticos. Esto permitió vislumbrar la existencia de nuevos virus y empezar a estudiar la vinculación de estos en infecciones humanas emergentes (Higgs et al., 2018).

En 1944 el doctor Albert Sabin aisló e identificó el virus del dengue (Chakraborty, 2008), posteriormente la comunidad científica mundial describió la presencia de 4 variedades del virus que se diferenciaban por su presentación antigénica y serológica, que hoy en día se conocen como DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. A finales del siglo XIX se demostró científicamente que hay mosquitos que actúan como vectores de las enfermedades y que son una parte importante en la cadena de transmisión, en América Latina y el Caribe el doctor Carlos Finlay encontró que el mosqui-

to implicado en la transmisión de la fiebre amarilla era el *Aedes aegypti*, lo que permitió implementar estrategias de control de las poblaciones de vectores (Gómez Dantés, 2015). Hasta la fecha no existe un tratamiento específico frente a la infección por dengue, Zika y Chikungunya, sin embargo, en México en el año 2015 se aprobó el uso de la primera vacuna frente al dengue, Dengvaxia® y en el 2019 en Estados Unidos. Esta vacuna es indicada para personas que hayan presentado infección anterior por dengue y en poblaciones entre 9 y 45 años de edad, lo que significa un reto para los países de bajos y medios ingresos, ya que es necesario el testeo serológico de las poblaciones y la eficacia de la misma oscila en el 50%.

Situación presente

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó 505.430 casos de dengue en el mundo, en 2010 más de 2.4 millones y en 2019 4.2 millones (Silva et al., 2020). Indicando que, aunque hay esfuerzos implicados en la mitigación de los casos, estos no son suficientes y es necesario empezar a trabajar de manera integral para el control de los vectores. Es así que se ha establecido por parte de la OMS una estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue (y demás arbovirosis), la cual tiene como componentes técnicos fundamentales: vigilancia epidemiológica, manejo integrado de vectores, salud ambiental, atención oportuna centrada en el paciente, seguimiento desde el laboratorio clínico, diseño e implementación frente a las vacunas existentes. Hay que tener en cuenta la investigación operativa y la comunicación para el cambio conductual como ejes transversales y los cinco factores facil-

itadores, que son la abogacía, movilización de recursos, alianzas, desarrollo de capacidades, monitoreo y evaluación (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el marco de la actual pandemia de COVID-19 los esfuerzos sanitarios, sociales, del sistema de salud, económicos y políticos se han volcado al control de la misma, diezmando las acciones específicas frente a varias enfermedades incluidas la arbovirosis, principalmente: la sobreocupación de los sistemas sanitarios por COVID-19 conlleva a un retraso en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de contactos, lo que impacta directamente en el aumento de personas infectadas y posible aumento de casos fatales. Además, las infecciones por arbovirus y SARS-CoV-2 comparten sintomatología inespecífica como lo es la fiebre, el malestar general y la erupción cutánea que puede ser un factor confuso al momento del diagnóstico y, por tanto, afectan el reporte a los sistemas de vigilancia epidemiológica y consecuentes acciones de control.

La propagación de las arbovirosis está asociada a los cambios demográficos y sociales tales como el crecimiento acelerado de la población mundial, la urbanización, la globalización, el cambio climático (Silva et al., 2020). También debido a la falta de control sostenido de los vectores y la domesticación de los mosquitos. A través de la historia se evidencia cómo ingresan de manera paulatina los virus y vectores a los territorios, encontrando allí las condiciones necesarias para cada uno de los eslabones de la cadena de transmisión, haciendo que se presenten brotes consecutivos y la posterior presencia sostenida de las enfermedades. El reto para la salud pública incluye el diseño de intervenciones y programas que vincu-

len a todos los sectores sociales, incluido el educativo, salud, ambiente e infraestructura, y que además sean persistentes en el tiempo, de tal manera que los avances sean crecientes y significativos. Es necesario que los sistemas de vigilancia epidemiológica sean más robustos y permitan identificar cambios rápidos en los patrones de las enfermedades, que se migre a la inteligencia epidemiológica y se haga uso de los sistemas de información geográfica. Lo anterior con la finalidad de tomar decisiones que lleven a acciones oportunas y disminuyan la morbilidad y mortalidad de las arbovirosis.

La pandemia por COVID-19 aportó en gran medida al manejo de las enfermedades infecciosas, ya que permitió ampliar la capacidad diagnóstica de los países (específicamente en el área de biología molecular), fortaleció la vigilancia epidemiológica comunitaria, permitió el acceso mundial en tiempo real a información de calidad que aportó a la toma de decisiones y puso en evidencia la importancia de la participación social en la salud pública en todos los contextos.

Bibliografía

Acosta, J., Navarro, E., & Martínez, J. C. (2015). Enfermedad por el virus del Chikungunya: Historia y epidemiología. *Salud Uninorte*, 31(3), 621-630. <https://doi.org/10.14482/sun.31.3.7486>

Betanzos Reyes, Á. F., González Chacón, D. A., Rodríguez López, M. H., & Rangel Flores, H. (2018). *Participación escolar en la prevención y control de las enfermedades transmitidas por Aedes spp* (1a ed.).

Instituto Nacional de Salud Pública. <https://bit.ly/3uy40di>

Chakraborty, T. (2008). *Deadly Diseases and Epidemics: Dengue Fever and Other Hemorrhagic Viruses*. Chelsea House Publications.

Cucunubá, Z. (2016). De la epidemia de Zika en Latinoamérica y la toma de decisiones bajo incertidumbre. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 158–160. <https://doi.org/10.7554/eLife.08347.2>.

Gómez Dantés, H. (2015). Evolución de la teoría y las prácticas en el control de las enfermedades transmitidas por vector. *Salud en las Américas, Salud Pública Mex* 57(6), 555–567. <https://bit.ly/34y0jKg>

Halstead, S. B. (2008). *Dengue. Tropical Medicine Science and Practice*. Imperial College Press.

Higgs, S., Vanlandingham, D., & Powers, A. (2018). *Chikungunya and Zika Viruses. Global Emerging Health Threats* (1a ed.). Academic Press.

Hilgenfeld, R., & Vasudevan, S. (2018). Dengue and Zika: Control and Antiviral Treatment Strategies. *Springer Nature Singapore*. https://doi.org/10.1007/978-981-10-8727-1_24

Lo Presti, A., Lai, A., Cella, E., Zehender, G., & Ciccozzi, M. (2014). Chikungunya virus, epidemiology, clinics and phylogenesis: A review. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 7(12), 925–932. [https://doi.org/10.1016/S1995-7645\(14\)60164-4](https://doi.org/10.1016/S1995-7645(14)60164-4)

Madewell, Z. J. (2020). Arboviruses and their vectors. *Southern Medical Journal*, 113(10), 520–523. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001152> Ministerio de Salud, . (2000). Dengue clásico y dengue hemorrágico. OGE, INS.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas*. OPS. <https://bit.ly/2R9bC8t>

Qureshi, A. I., & Saeed, O. (2020). Dengue Virus Disease. From Origin to Outbreak. En *Dengue Virus Disease*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/c2018-0-01619-9>

Silva, N. M., Santos, N. C., & Martins, I. C. (2020). Dengue and zika viruses: Epidemiological history, potential therapies, and promising vaccines. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 5(150), 1–30. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5040150>

Tabla 3. Cuadro comparativo entre dengue, Zika y Chikungunya, adaptado de (Betanzos Reyes et al., 2018)

Descriptor	Dengue	Zika	Chikungunya
Mecanismo de transmisión	Mosquito	Mosquito – Sexual – Madre al hijo durante el embarazo o el parto	Mosquito - Intraparto
Agente	Virus del dengue	Virus del Zika	Virus del Chikungunya
Grupo etario afectado	Todos	Todos	Todos
Grupos susceptibles	Niños/as menores de 5 años - Adultos mayores de 65 años	Neonatos – Mujeres embarazadas – Adultos mayores de 65 años	Niños/as menores de 5 años – Adultos mayores de 65 años
Síntomas característicos	Fiebre 39 °C – Erupción cutánea – Dolor intenso de cabeza – Dolor detrás de los ojos	Fiebre 38 °C – Conjuntivitis no infecciosa – Erupción rojiza y picazón en la piel	Fiebre 40 °C – Dolores e inflamación severa de las articulaciones
Complicaciones	Pérdida masiva de sangre	Síndrome de Guillain-Barré (adultos) – Microcefalia (neonatos)	Dolor e inflamación crónica de las articulaciones (hasta por 2 años)
Discapacidad	Baja	Media	Alta
Probabilidades de muerte	Alta	Baja	Baja
Diagnóstico	Epidemiológico – Clínico – Laboratorio	Epidemiológico – Clínico – Laboratorio	Epidemiológico – Clínico – Laboratorio



Más allá de los tiempos epidemiológicos de la COVID-19.

Experiencias pandémicas desde la ruralidad

BEATRIZ ELENA ARIAS LÓPEZ

Profesora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

EULALIA HERNÁNDEZ CIRO

Profesora Instituto de Estudios Regionales, Universidad de Antioquia

ALDERID GUTIÉRREZ LOAIZA

Profesor Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia

MAYRA ALEJANDRA SALDARRIAGA SEPÚLVEDA

Joven investigadora, Pregrado Desarrollo Territorial Universidad de Antioquia

Introducción

El tapabocas, el lavado de manos, el distanciamiento social y físico han sido las prácticas de bioseguridad y autocuidado que han marcado los protocolos, medidas y acciones del Estado colombiano para afrontar la pandemia, que, por lo demás, acogen las directrices globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Estas “medidas de barrera” privilegian acciones individuales, diseñadas para contextos urbanos, donde hay aglomeraciones, baja calidad ambiental y espacios poco ventilados. Sin embargo, no hay muchos análisis sobre qué ha pasado en la ruralidad y tampoco propuestas diferenciales: ¿Qué usos tienen estas indicaciones en la ruralidad? ¿Cómo perciben sus habitantes estas medidas y la virosis misma? ¿Qué implicaciones tienen para las múltiples espacialidades y geografías de las áreas rurales? ¿Qué pasa con las diversidades socio-culturales y étnicas? Un acercamiento a las prácticas y experiencias de los

habitantes y organizaciones sociales de la ruralidad, muestra que más allá de esta receta “de barrera”, las acciones colectivas y solidarias han sido claves para sobrellevar esta crisis planetaria.

Con estas preguntas, el presente ensayo se ocupa de las experiencias espacio-temporales que ha tenido la pandemia para los habitantes de la ruralidad, con estudios exploratorios en Urabá, el Oriente antioqueño y en zonas fronterizas del bajo Atrato y Unguía en el departamento del Chocó. Para ello, retomamos las propuestas de la epidemiología crítica y la salud colectiva, en diálogo con los análisis del geógrafo David Harvey (1998) a propósito de la “compresión espacio-temporal”, que, si bien están centrados en grandes ciudades y epicentros urbanos, ofrecen pistas para comprender los territorios rurales, considerando las vivencias de sus habitantes.

Los análisis presentados se derivan del trabajo colectivo en el “Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia”, iniciativa financiada en el marco de la estrategia Universidad de Antioquia responde al COVID-19 y realizada por el grupo de trabajo “Análisis de impactos y riesgos en los territorios, el proceso de paz y otros procesos sociales”, integrado por docentes, investigadores y estudiantes de las seccionales de Medellín, Oriente, Urabá y de las Facultades de Educación, Enfermería, Ciencias Económicas, Instituto de Estudios Regionales y la Corporación CEAM. Financiado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Antioquia, Acta No. 2020-37010. Específicamente desarrollamos una propuesta denominada Modelo escalar de salud colectiva en tiempos de pandemia, que busca ofrecer

una herramienta interpretativa multidimensional, con el fin recuperar una mirada compleja sobre los datos epidemiológicos, para la enlazar los contextos, voces, territorios y modos de vida en una perspectiva espacio temporal integrada (Arias et al., 2021).

En este texto nos centraremos en las voces de los habitantes, a las cuales nos acercamos aprovechando el trabajo previo de docentes investigadores de la Universidad de Antioquia, con organizaciones sociales y comunidades. Entre abril y noviembre de 2020 realizamos contacto telefónico e interacciones mediadas por plataformas virtuales y aplicaciones tecnológicas para desarrollar grupos de discusión y conversatorios, complementadas con recorridos territoriales, entrevistas, grupos focales y observaciones durante el trabajo de campo realizado entre enero y marzo de 2021. Con el fin de dar respuesta a las preguntas señaladas en párrafos anteriores y comprender cómo se modulan estos espacios y tiempos diversos, realizamos trabajo de campo y documentación en la subregión de Oriente, en los municipios de Abejorral, Alejandría, Granada, La Ceja, Marinilla, San Carlos y San Francisco; en Urabá, en Apartadó, Arboletes, Mutatá, San Juan de Urabá, Turbo; en el Occidente antioqueño en Dabeiba y en el departamento del Chocó, en Carmen del Darién, Riosucio y Unguía.

Este ensayo ofrece una perspectiva múltiple e histórica a partir de la experiencia y las voces de los habitantes de los territorios rurales, haciendo foco en algunos asuntos claves como las percepciones sobre la enfermedad, las formas de cuidado, los miedos, los medios de comunicación y los aprendizajes. Entre otras cosas, buscamos aportar a documentar y comprender los procesos de organización social y comu-

nitaria frente a las pandemias como la COVID-19 y a interrogar las formas en que comprendemos las experiencias y concepciones espacio temporales.

La enfermedad. Al COVID-19 no le gusta la gente del campo

Un asunto común en los relatos fue el reconocimiento de la enfermedad como una realidad objetivada, cercana y vivida, descrita a través de narraciones que repiten un guión estándar derivado de los discursos circulantes en los medios de comunicación, aunque relativizado en los espacios rurales y en algunos casos modulado por interpretaciones culturales basadas en rumores, presagios y premoniciones.

Bajo el influjo del relato mediático, las personas repiten los síntomas, los diferencian, los clasifican, e incluso periodizan su desarrollo. Una lideresa de Urabá afirmaba que “corroboró que el COVID-19 era verdad, con la muerte del ministro de defensa, [porque] si murió alguien tan importante es porque eso es verdad, sí existe” (Diario de Campo de Mutatá, Beatriz Arias, enero de 2021); e incluso nombran el periodo de abril a julio del 2020 como el momento más crítico, enunciado como la época de La Brava, adjetivo utilizado por lugareños de San Francisco para calificar los primeros meses de la pandemia. Esta valoración, más que responder a un conocimiento fundamentado en datos oficiales de contagios y muertes, se relaciona con las múltiples modificaciones sobre la vida

cotidiana, con sus tiempos y ritmos.

La mayoría afirma que conocieron el COVID por las noticias, una especie de “palabra de Dios” que no se interroga, ni se pone en duda. Solo en relatos excepcionales se mencionó que quizás esto era un montaje para “argumentar el incumplimiento de los Acuerdos de Paz” o una “conspiración del sistema”, según el testimonio de líderes de organizaciones sociales de San José de Apartadó y Granada.

El discurso mediático sirvió para legitimar y dar forma a sus síntomas. Dos casos llamaron la atención: por un lado, la pérdida de olfato y del gusto, que no eran comunes en los discursos corrientes, ingresaron al lenguaje cotidiano para diferenciar la sintomatología del COVID de una gripa común. Por otro lado, las personas han ido diferenciando la gravedad de la enfermedad y construyendo perfiles de la misma: “casi 4 días sin alientos, acostados, con fiebre, con escalofrío, con la nariz tapada y el pecho también tapado” (Diario de Campo San Francisco, Eulalia Hernández y Beatriz Arias, febrero de 2021)

Según los testimonios, de estos síntomas pudieron recuperarse mediante sus propios recursos, afirmando paradójicamente que “lo peor de padecer la enfermedad es tener que ir al hospital”, asunto presente en los relatos de la mayoría. La experiencia con la enfermedad y su afirmación como realidad objetivable, no se sustentó en conceptos médicos, ni en pruebas diagnósticas, sino en una producción que emergió de los discursos mediáticos, en diálogo con las interacciones locales y sus propios procesos de interpretación y explicación.

La instalación de un discurso sobre la COVID-19, además de los medios, se vio moldeado por otro recurso adicional como fue el rumor, que permitió incluir otros ingredientes a la interpretación tomada del discurso mediático, pero además influir sobre las relaciones sociales:

[...] estábamos bien, de hecho, estábamos en una feria campesina, [hasta que] se dijo que había llegado al municipio la hija de alguien que venía del extranjero y había traído el COVID-19, y ese chisme se regó y en ese momento cerraron todo (Diario de Campo de San Francisco, Eulalia Hernández y Beatriz Arias, febrero de 2021).

Sin embargo, la interpretación generalizada fue la certeza y confianza en sus propios recursos, sintetizada en la frase de una lideresa del municipio de San Carlos quien señala que “al COVID-19 no le gusta la gente del campo, le encanta la ciudad y los campesinos no”. Frente a la pregunta de cómo se afectaron los campesinos con la pandemia, ella responde que la ventaja que tuvieron en que “no [les] faltó nada, nuestras gallinas siempre pusieron, los pescados estaban, nuestros huertos dieron chócolo, plátanos, yucas”.

Y es que a sus interpretaciones se suman las experiencias pasadas con el conflicto armado. Hoy, la vivencia del COVID-19, pasa por memorias y aprendizajes de tantos años de pérdidas y daños, donde el miedo aparece, pero es resignificado:

ya nos hubiéramos muerto, porque la gente nos ha metido miedo, diciendo que el COVID-19 es la primera plaga y que no saben lo horrible que todo esto va a ser. El COVID ese apareció de la noche a la mañana, dicen que mató a mucha gente,

pero siempre he sido incrédula [porque] yo no me morí... Eso se ha metido en la mente de las personas, una señora me decía que nos teníamos que acostumbrar, pues yo le dije que se acostumbrara ella, porque yo no. (Lideresa, 5 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón y Diego Ramírez]. San Carlos, Antioquia).

El otro elemento que se articula a la interpretación sobre la enfermedad es aportado desde la cosmovisión de las comunidades indígenas, en el territorio de Unguía. Según uno de los maestros de la comunidad, esta situación ya se había anunciado en los sueños, incluyendo además la manera de manejarla:

Sí, también había muchos sueños. No sé por qué las kunas sueñan, no sé por qué se presentan esos espíritus. Inclusive, los sueños nos indicaban algunas plantas, que esas plantas podrían funcionar, entre esas plantas estaba el achiote rojo que si lo miras tiene muchas puntas, parecido a como dibujan el COVID-19. Los sueños decían que hay que hacer sahumero en todas las casas, me imagino que consumir achiote en vez de colorantes es mucho mejor; lo mismo que hacer sahumeros en las casas con ají y con cacao, todo eso nos salía en los sueños. Hay árboles muy grandes con muchas raíces y entre esas raíces también hay muchos árboles y cómo están entre la raíz, están escondidos. Espiritualmente, ese árbol como está entre la raíz no se va a ver (...), se está escondiendo espiritualmente, entonces funciona para esconderse espiritualmente ante el virus. Decidieron buscar todos esos árboles que están entre la raíz y fueron a la montaña... es que no es una sola cosa, sino que son muchas plantas del bosque

(Maestro, 13 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón y Diego Ramírez]. Resguardo de Arquía, Unguía-Chocó).

En el fenómeno de la enfermedad se entrecruzan una alteración corpórea, una conciencia sobre ello, pero también unos juicios que sirven de guías y orientaciones (Berlinguer, 2007, p. 19). En el caso de la COVID-19, los habitantes de las zonas rurales reconocen el fenómeno, afirman su existencia, pero atribuyen interpretaciones diversas, permeadas por la influencia mediática, los rumores, sus propias explicaciones socioculturales y las memorias de las trayectorias de sus territorios, marcadas por múltiples violencias e inequidades, por ello, el COVID-19 adquiere una definición que deja de ser homogénea, en función de las múltiples espacialidades y geografías de las áreas rurales, con sus diversidades socio-culturales y étnicas, que modifica los procesos vitales de las personas y los territorios, pero a la vez moviliza una serie de acciones y reacciones de solidaridad, que implican buscar opciones para estar y sentirse bien (Berlinguer, 2007, p. 34), ante una enfermedad cuyos atributos centrales son la peligrosidad del contagio y la condena al aislamiento.

Formas de cuidado. No la podíamos dejar morir

En el trabajo en terreno fue recurrente la narración del despliegue de medidas prácticas, formas de

cuidado que combinan la adaptación de las medidas de bioseguridad, estrategias de solidaridad y disposición de saberes locales, que incluyen un amplio acervo sobre uso de plantas medicinales, prácticas populares de automedicación, alimentación, ventilación y rituales colectivos.

Frente a las medidas estandarizadas de autocuidado y protocolos de bioseguridad, los habitantes de las zonas rurales han hecho sus propias adaptaciones. Un punto convergente es la utilización discrecional del tapabocas, que osciló desde su uso solo en los centros poblados, donde además era una medida obligatoria, sujeta a sanción policial, hasta la recomendación de no usarlo que relataron los habitantes de Unguía:

En la vereda ellos no usan el tapabocas porque ellos consideran que hay un medio que puede ser más protector porque no permite que se concentre el virus debido a los espacios abiertos y muy ventilados (Diario de Campo de Mutatá, Beatriz Arias, enero de 2021).

Si se tapa la boca, lo que usted respira y bota y vuelve a respirar, eso te perjudica más, entonces lo que se debe hacer es respirar y botarlo y así pueda respirar aire limpio. Entonces, se decidió no taparlo, antes que bote, va botando aires malos y respirando aires diferentes. Del hospital preguntaron si la comunidad necesitaba tapabocas y dijimos que no (Maestro, 13 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón y Diego Ramírez]. Resguardo de Arquía, Unguía-Chocó).

Durante el trabajo de campo nos sorprendimos en momentos donde solo nosotros teníamos el tapabocas; los lugareños lo mantenían guardado y era utilizado a medida que el chivero que nos transportaba se acercaba a la cabecera municipal o cuando se solicitaba autorización para registros fotográficos, dando cuenta de una lógica de manifestaciones públicas legitimadas como correctas versus prácticas cotidianas orientadas por sus propios juicios y valoraciones.

En cuanto al distanciamiento social, la medida fue asumida de forma voluntaria entre los habitantes de las áreas rurales del oriente antioqueño cuando algunos advirtieron síntomas que pudieran asociar a COVID-19; en las visitas de campo les vimos saludar con el puño, afirmando que tenían miedo a los abrazos y a los besos. Pero no fue así entre los lugareños de Urabá:

“Nosotros con nuestra cultura de costeños y caribeños somos muy afectivos, cariñosos, muy uno del otro (...), por eso creemos que hubo contagios debido que nos cuesta el distanciamiento porque el acercamiento, afectos y las demostraciones físicas son muy de nuestra cultura, entonces por eso fue tan duro” (Funcionaria pública, 29 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón]. Arboletes, Antioquia).

En cuanto al confinamiento y las medidas de higiene, estas se adaptaron a las condiciones de los lugares. El primero se expresó como cierre temporal a las visitas foráneas, incluso ejerciendo controles y veedurías por parte de líderes y lideresas de organizaciones sociales, aunque al interior de las veredas las dinámicas permanecieron sin mucha variación: “casi se vivió en la normalidad” (Funcionaria pública, 29 de marzo de 2021,

Entrevista. [Hader Calderón]. Arboletes, Antioquia). En las medidas de higiene, relataron “que si alguien llegaba al caserío lo hacían meter primero al río para que se bañara y lavara su ropa, antes de entrar en contacto con los lugareños” (Diario de Campo de Mutatá, Beatriz Arias, enero de 2021), sin desestimar otras medidas como el control en la movilidad, incluido el acatamiento de las medidas de pico y cédula. Sin embargo, todas estas disposiciones y adaptaciones se relativizaron a medida que experimentaron los síntomas y aprendieron su manejo.

Lo que encontramos en general, es que las medidas estandarizadas de bioseguridad cuya lógica está basada en el autocuidado individual, fueron adaptadas, sin que menguara la solidaridad en la comunidad, por el contrario, se fortalecieron los lazos: cuando alguna persona enfermaba “no la podíamos dejar morir, entonces lo que hacíamos era ponernos el tapabocas, ayudarla y rociarnos en alcohol” (Diario de Campo de San Francisco, Eulalia Hernández y Beatriz Arias, febrero de 2021). Así, ayudar a los vecinos enfermos, intercambiar saberes sobre plantas y las plantas mismas, reinventar formas de jugar y de encontrarse, escuchar, visitar y dar ánimos, acompañarse, entre otras, hacen parte del repertorio de soporte entre la red de vecinos, que describen los habitantes de las zonas rurales. Esta cultura de la solidaridad, constituyó una potente forma de cuidado:

La pandemia vino a enseñarnos cosas muy claras, (...) entre menos desplazamiento hubiese y menos se interactuara con externos mucho mejor porque se minimizaba el riesgo. Pero acá en lo local continuamos con actividades, (...) el cuidado es un deber y una responsabilidad que tenemos (Lideresa, 5 de

marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón y Diego Ramírez]. San Carlos, Antioquia).

Para esta disposición al cuidado colectivo, se hizo acopio de saberes circulantes sobre plantas medicinales, cuyos usos a través de baños, bebidas y aromatizaciones siguen vivos en las comunidades rurales: limoncillo, matarratón, eucalipto, limón, albahaca, moringa, jengibre, penca de sábila, ruda, orégano, menta y saúco hacen parte de un amplio repertorio en usos y preparados, combinados con frecuentes prácticas de automedicación, donde se incluyen analgésicos, antibióticos y esteroides.

Los espacios de vida de los habitantes de las zonas rurales se vieron favorecidos por una mejor calidad en el aire y en los alimentos y por eso para ellos la COVID-19 es la expresión de que “la tierra se sacude donde más le duele, [es decir] en los centros poblados, acá no” (Líder, 2 de marzo de 2021, Entrevista. [Eulalia Hernández, Hernán Porras, Alderid Gutiérrez y Yuliana Montoya]. Marinilla, Antioquia). Al conocimiento sobre plantas, se sumaron alimentación y ventilación como formas de protección, oportunidad y ganancia que deja la pandemia, como lo afirman en Unguía:

“Entre reuniones y reuniones, se decide utilizar las plantas. Ellos se acordaron de una historia: Ibeogun son 8 hermanos, entre ellos hay una mujer que se llama Olowaili, ellos en ese tiempo, lograron que, con la enfermedad, la población pueda vivir tranquila, entonces buscaban medicinas y cuando se enfermaban, con ellas se recuperaban. Se dice que Tadibe también logró ir a otro espacio, nosotros hablamos de “Sapi” y “Venega”; en la cuarta etapa del espacio hay otro planeta con muchos árboles

y plantas medicinales y muchas de estas plantas las trajeron para curar aquí. Entonces al acordarnos de esta historia, pensamos que, si nuestros abuelos trabajaron así, nosotros también podemos trabajar. Entonces los que conocen las plantas se unen y piensan cómo trabajar juntos, porque nunca antes habían tenido una reunión juntos.

Hay 14 personas, 14 conocedores de plantas. Todos son mayores y ahora van a crear un comité de medicina de plantas medicinales en medio de esta situación, también hay mujeres e incluyeron jóvenes que son muy fuertes y pueden ir solos a buscar las plantas a las montañas. Gran parte de las plantas están en las montañas, en una montaña virgen donde nadie ha puesto ni un machete en ese árbol, son árboles más finos, o sea, tienen todas las energías y para la medicina, esos son los que van a funcionar mejor.

También les hemos dicho a ustedes, los “Uaga” (no indígenas) que nunca han hecho tratamiento de medicinas desde que nacieron hasta ahora, nunca lo han hecho. Por eso consideramos que cualquier enfermedad puede ser mortal para ustedes, en cambio nosotros los indígenas sí hacemos tratamientos de plantas y el cuerpo se vuelve fuerte.” (Maestro, 13 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón y Diego Ramírez]. Resguardo de Arquía, Unguía-Chocó).

Estas formas de cuidado y de comprensión de los cuerpos hablan de unas trayectorias culturales y arraigos de larga duración, que parten de las experiencias pasadas, cotidianas y colectivas e integran las dinámicas estructurales y saberes populares con los cuales han solucionado necesidades y problemas que han tenido que afrontar a lo largo de su vida.

Miedos y medios.

El organismo está preparado para todo menos para el miedo.

Lo incierto genera zozobra al tiempo que abre espacio hacia la especulación. El virus, y sus mutaciones, las formas de evitar el contagio, la manera como se manifiesta en cada organismo, las repercusiones sociales y económicas por las medidas de orden público adoptadas -con sus correspondientes improvisaciones- y otras manifestaciones; despertaron temor individual y colectivo, el cual se acrecentó por conjeturas circulantes en las diferentes plataformas comunicativas. En el ejercicio en terreno que realizamos encontramos distintos tipos de emociones que van desde el desasosiego por lo incierto, pasando por la enfermedad misma, se extienden hacia el sistema de salud, se combinan con temores precedentes y se exacerban mediante rumores, cuyo origen suele ser difuso; como sucede en ese cuento revelador de García Márquez: la idea que da vueltas (García-Márquez, 2010).

“Los primeros días del COVID-19 nos dio mucho susto, pensamos que nos íbamos a quedar sin comida, sin mercado”, esto nos decía una lugareña integrante del grupo Palmas Unidas, en el corregimiento de San José, municipio de La Ceja. Testimonios similares escuchamos a lo largo de las visitas. Ante las medidas de “quedarse en casa”, el cierre obligatorio de establecimientos comerciales, la prohibición de movilidad humana, se viene el interrogante en cuanto a la forma de adquirir ingresos como medio para obtener los bienes y servicios requeridos por los hogares. En ese mismo corregimiento, por ejemplo, cerraron las empresas dedicadas al cultivo de hortensias, conocidas como floristerías, por lo que buena parte de su población vio reducidos sus ingresos; en ese caso, algunas familias tuvieron que cambiar el tipo de producción y regresar a un cultivo tradicional como lo es la mora, aprovechando que en ese lugar existe la Asociación de productores de mora y tomate de árbol -Asofrutas-.

Uno de los miedos más recurrentes tiene que ver con el sistema de salud, en donde la gente teme acudir porque han escuchado historias de personas que se presentan por causas distintas a la enfermedad de marras y “la hacen pasar por COVID-19”. Otro temor relacionado es acudir por síntomas de COVID-19 a hacerse la prueba o en busca de tratamiento y no salir del hospital, es decir, morir. Algunas personas dejaron de ir al médico por miedo puesto que pensaban que se iban a contagiar o que les iban a mentir respecto a sus diagnósticos. Viene al caso decir que una persona manifestó que la gente se enferma cuando se entera que tiene COVID-19, que allí es cuando aparecen los síntomas, no antes. También escuchamos, en repetidas ocasiones, la versión de los “30

millones por muerto”, en donde los entrevistados manifestaron que a cada centro de salud le ingresa ese dinero por cada persona que fallezca por COVID-19, rumor que no está confirmado, pero es reiterado. Igualmente, se habla de “mucho pánico”, porque algunas veredas optaron por encerrarse, tumbar árboles y poner cercos en las entradas, como nos lo contaba un habitante de San Francisco.

De manera llamativa encontramos miedos que vienen incorporados desde el conflicto armado. Ya sea por limitaciones en la movilidad en el terreno, por fuerzas de poder locales, o por imposiciones “desde arriba”, algunas personas suelen recordar épocas anteriores y traerlas a la contemporaneidad de la pandemia. Así, por ejemplo, escuchamos testimonios como: “el miedo de encontrarme con alguien, en la época del conflicto el miedo era las balas, era que yo salía y podía llegar una bala de cualquier lado y matarme, ahora el miedo era encontrarme con alguien y que se me pegara el virus, entonces decía que eso significaba pasar de ladito, y hacíamos una señal de saludo pero no nos atrevíamos a hacer el saludo en voz alta por el miedo, eso lo volvimos a sentir” (Diario de Campo de San Francisco, Eulalia Hernández y Beatriz Arias, mayo de 2021).

Uno de los firmantes del acuerdo de paz de las Farc, dice que se ha sobrevalorado el virus: “ha sido una estrategia para atemorizarnos, someternos a un nuevo orden mundial y que obedece también a una excusa para incumplir los compromisos” (lugarero de la Cooperativa Multiactiva Senderos de Paz San José, 10 de marzo de 2021, Entrevista. [Andrés García, Eulalia Hernández y Ever Álvarez]. San José de Apartadó). En ocasiones escuchamos de nuestros interlocutores que “la pandemia es la nueva “excusa” de las instituciones del gobierno y otras para no cumplir con sus obligaciones y compromisos, para no adelantar las actividades propias de distintos proyectos y políticas públicas como en el caso de la implementación del Acuerdo de Paz, la concreción de las iniciativas Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET, las intervenciones y acompañamiento social y técnico que se adelantaba por parte de diferentes entidades antes de la crisis sanitaria, la reparación de las víctimas, obras de infraestructuras comunitarias” (Diario de campo de Urabá, Andrés García, Eulalia Hernández y Ever Álvarez, marzo de 2021).

Examinemos, para cerrar esta parte, los siguientes testimonios que fueron comunes tanto en las organizaciones y líderes de Urabá como de Oriente: “La gente nos ha metido miedo”, “estábamos muy psicoseados”, “tenía miedo por las noticias”, “desde los medios de comunicación se ha generado mucho susto”. Si se observa con detenimiento, existe en ellos una relación constante: miedos y medios. No es claro el origen, si son primero los medios de comunicación o las personas quienes difunden información que se caracteriza por ser imprecisa, sensacionalista, persistente y, en muchos casos, infundada. En este sentido, se habla de la infodemia para aludir a la saturación de información sobre un tema específico, cuyas fuentes son dudosas e inciertas. Las noticias falsas, o fake news, tienen la facultad de divulgarse rápidamente, son ligeras (algunos dirán light), tienen mucho impacto, despiertan interés; quienes las difunden no reflexionan sobre ellas, la inmediatez hace querer ser vocero de tal noticia, como una especie de primicia, por lo que se esfuerzan poco en corroborar su validez.

Podría estarse configurando otro tipo de sindemia entre la pandemia actual por COVID-19 y la infodemia que se genera alrededor de ella. En cualquier caso, y de acuerdo con el trabajo en terreno, el COVID-19 luce como una enfermedad mediática.

Aprendizajes

Uno de los principales aprendizajes que deja la pandemia para las comunidades de las zonas rurales es que la inminencia de la vulnerabilidad del cuerpo biológico, activa el cuidado para lograr metafóricamente inmunidad en el cuerpo social. Esto hace que la fragilidad que provoca la experiencia tenga como contracara la afirmación de lo colectivo, no sólo como práctica concreta, sino como sentido de sus trayectorias y territorios comunes, mensaje contrario al de la hiperindividualización que permea las prácticas de bioseguridad y autocuidado que han circulado en forma hegemónica durante la pandemia. Si bien las personas que hacen parte de los contextos rurales reconocen las afectaciones, estas guardan relación más con los efectos sobre sus dinámicas cotidianas, que con la enfermedad en sí misma, ya que las condiciones ambientales – espacios abiertos y ventilados –, pero sobre todo los sentidos compartidos, han actuado de forma protectora:

Al campesino no le fue mal en pandemia, [...] el campesino no siente el encierro, el campesino puede seguir trabajando normal, porque está en su entorno, eso no lo perjudica para ir a ningún lado (Diario de Campo de San Carlos, Hader Calderón, Diego Ramírez y Hernán Porras, marzo de 2021).

[...] empezó a venir tanta gente a las veredas que [ella] empezó a vender lo que nunca vendía, tuvo más clientes, [...], eso hizo que se le aumentaran los ingresos, [...], comenta la señora que la pandemia fue una bendición porque les permitió generar mayores ingresos para la familia. (Diario de Campo de San Francisco, Eulalia Hernández y Beatriz Arias, mayo de 2021).

A esto se suma el retorno a las zonas rurales de jóvenes que habían migrado a los centros poblados o a ciudades cercanas, retomando el trabajo en el campo que no hacían hace mucho. Los tiempos y dinámicas de la pandemia paradójicamente los acercaron de nuevo a sus territorios de origen: “fue volver a cogerle el amor a la tierra, volver a sentir que eso les pertenecía”. La movilidad y los controles más flexibles favorecieron estas dinámicas, con una resignificación y vivencia de sus espacialidades: “se volvieron a usar caminos, trochas y tránsitos al interior de las veredas” (Diario de Campo de San Francisco, Eulalia Hernández y Beatriz Arias, mayo de 2021). También para las personas de las zonas rurales se activó un aprendizaje a través de conectividad remota que no habían experimentado, intensificada en redes diversas que dispusieron una oferta de capacitaciones que antes no tenían, pero adaptándolas para identificar necesidades y posibilidades de resolución con sus vecinos. Fue por estos medios que lograron comprender el lugar clave del campesinado en términos de soberanía: “los

campesinos nos volvimos tan importantes, ahora sí somos lo principal. [...] ningún campesino es pobre, porque la tierra es nuestra madre y la tierra es la que nos da todo". (Directora del Hogar Juvenil Campesino, 5 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón, Diego Ramírez y Hernán Porras]. San Carlos, Antioquia).

En la misma vía, las comunidades étnicas refieren el valor de "estar siempre en comunidad", la importancia de disponer de alimentos y cultivar productos de pancoger, además de proteger saberes y prácticas ancestrales sobre cuidados colectivos de la salud y sus ecosistemas, claves para proteger su soberanía como pueblo y territorio:

Nosotros teníamos caña, plátano, arroz, [...] con la pandemia hemos vuelto a hablar del tema de los cultivos. El día que el barco no pueda cruzar con la mercancía para Unguía [...], tenemos que estar preparados con nuestros propios alimentos. Ahora, gran parte de la gente tiene sus propios cultivos y, por ejemplo, ahora hay 30 hectáreas de caña y eso se hizo a partir de esta idea. [...] Sentimos que por esta situación nosotros hemos aprendido y seguimos aprendiendo y cada vez vemos que las plantas son nuestros hermanos y que cada vez más son nuestras familias y nuestra protección. Hay unos bosques que tenemos cerca y cada vez nos comprometemos más en conservarlos, los mayores dicen que sin los bosques, ya hubiera muerto mucha gente. La cuestión es que aprendimos, a pesar de tantas muertes que hubo en el mundo. (Maestro, 13 de marzo de 2021, Entrevista. [Hader Calderón y Diego Ramírez]. Resguardo de Arquía, Unguía-Chocó).

Las experiencias referidas muestran cómo estas comunidades desplegaron prácticas diversas que expresan la necesidad del otro/a y de lo otro para vivir y la importancia de pedir ayuda cuando se requiere, ampliando las bases de la solidaridad y la reciprocidad, haciendo caso omiso a la ficción moderna del aislamiento social, como mandato circulante en redes y medios. La distancia de los cuerpos no significa distancia en los vínculos (Arensburg, 2020), pero incluso en la experiencia rural, no es ni lo uno, ni lo otro; esta dicotomía se borra.

Parafraseando a Jean Furtos (2021), estas experiencias están lejos de una mirada apocalíptica y hablan más bien de mantener la confianza en sí mismo, en el otro/otra, pero además en las posibilidades de un tiempo futuro, asunto especialmente sensible en tiempos de incertidumbre como los que ha instalado la pandemia.

Si la principal afectación de este momento de crisis ha sido la pérdida de la ilusión de un futuro con continuidad, las comunidades rurales nos enseñan que cuidar el "cuerpo social", es cuidar el mundo de las relaciones, protegerlo y acogerlo, única alternativa, más allá de normas de higiene y confinamiento. La reflexión colectiva sobre lo que está sucediendo, la escucha y el mantenimiento de la confianza, son alternativas que les han permitido salir de la angustia de la potencial muerte del cuerpo biológico, para entenderse como parte de un cuerpo social que les proyecta con permanencia futura. Este respeto y reconocimiento del nosotros/as, les permite pensarse en clave de corresponsabilidad, no como producto del azar, sino de aprendizajes relacionados con vivencias anteriores, donde la experiencia con sus trayectorias culturales y el conflicto armado ha generado un

acumulado de aprendizajes que se recuperan y se ajustan, teniendo como base una serie de prácticas de sostén solidarias que se han construido en el tiempo. El resultado metafórico es así una inmunidad colectiva o social, fundamentada en estos lazos.

Reflexiones finales

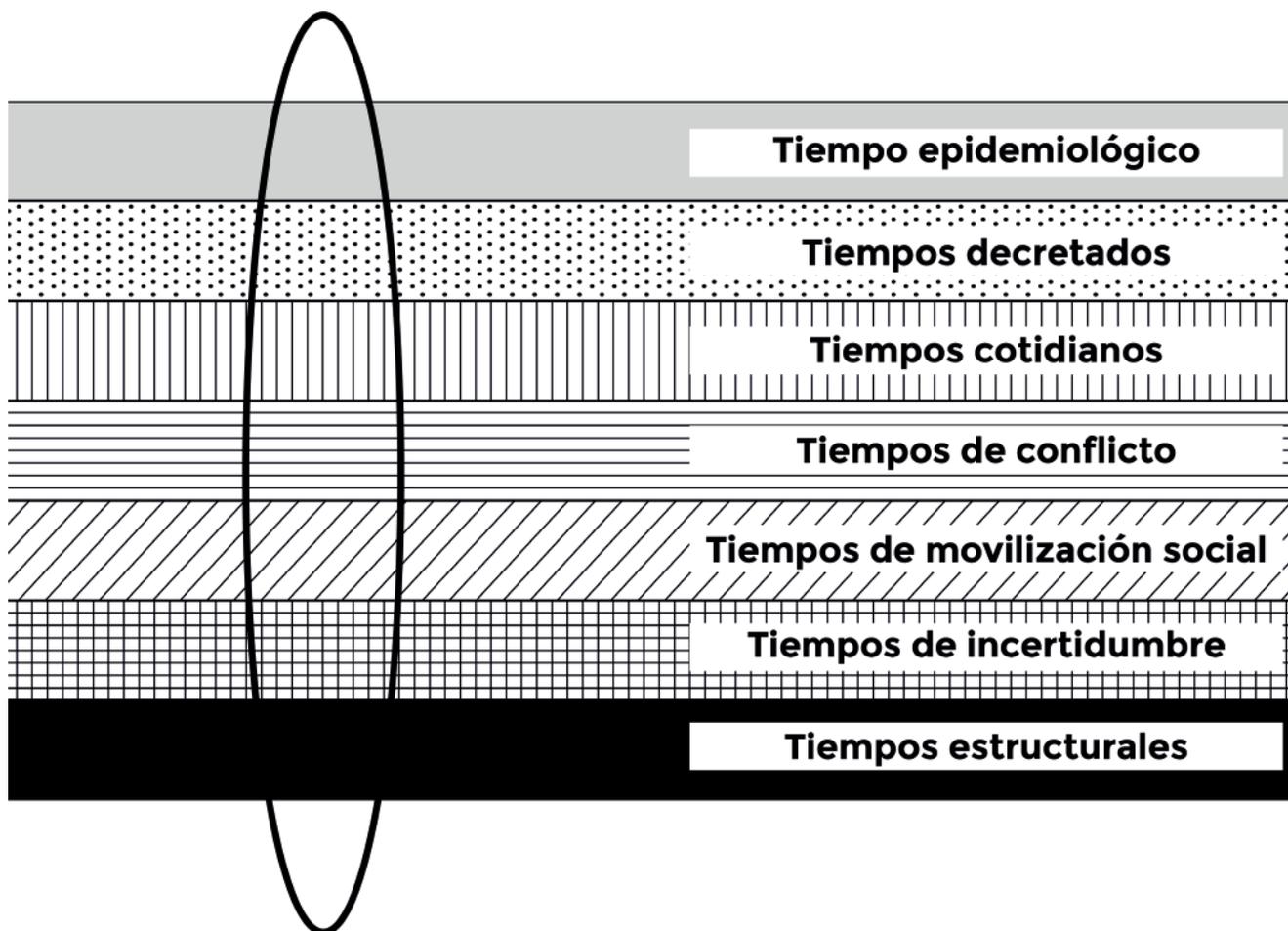
Un elemento que sobresale en las narraciones y experiencias que recoge el presente escrito y que giran en torno a la enfermedad, las formas de cuidado y los miedos, tiene que ver con la pluralización y explosión de temporalidades. Más allá de un tiempo absoluto, lineal y homogéneo desde el que las sociedades occidentales tienden a organizar su presente, pasado y futuro, lo que encontramos fue una superposición de formas de experimentar lo cotidiano y de transformarlo. Unos de estos elementos tienen que ver con lo que David Harvey (1998) ha denominado compresión espacio-temporal y que se evidencia, entre otras cosas, en la aceleración de los flujos de capitales, mercancías, personas e información, este tuvo mucho que ver en las formas en que se entendió la enfermedad y los temores y miedos que se movilizaron.

En dicho contexto, pluralizar estas experiencias del tiempo nos permite ahondar en la comprensión de las vivencias e implicaciones de la pandemia. Por ello, proponemos hablar de tiempos de la pandemia, entendidos como la superposición de múltiples temporalidades presentes, pasadas y futuras, combinación de capas que inicialmente podemos agrupar en dos bloques. El primero incluye el presente de la pandemia, donde encontramos tiempos epidemiológicos, marcados por los ritmos del contagio, los picos, los valles, las muertes; los tiempos decretados, de toques de queda, cuarentenas, cierres totales y parciales y los tiempos cotidianos, entendidos como la forma en que han vivido los habitantes de la ruralidad cada momento, que incluyen sus experiencias, subjetividades y saberes en y desde los territorios.

El segundo bloque está caracterizado por una combinación del pasado, presente y futuro, donde encontramos los tiempos estructurales, allí confluyen brechas sociales y desigualdades que han sido históricas en la ruralidad colombiana, pero que se agudizaron en esta pandemia en sectores como la salud, la educación, el empleo y el transporte; los tiempos del conflicto armado, que han sido rememorados, retrotraídos y actualizados, con el miedo al otro, los toques de queda, las medidas policivas y las restricciones a la movilidad; los tiempos de incertidumbre, que socavan el porvenir y los horizontes de futuro. Al momento de escritura de este artículo, aparecen otros tiempos que con seguridad van a seguir interpelando nuestro presente, como los tiempos de movilización social en Colombia, el posible tiempo de post pandemia y otras pandemias por venir.

Imagen 11.

Síntesis de la pluralización y explosión de temporalidades, más allá de “los tiempos pandémicos”



Fuente: Autor

Desde este enfoque, puede decirse que en las percepciones de la enfermedad para las personas de las áreas rurales influye fundamentalmente en los tiempos cotidianos y del conflicto armado; en las formas de cuidado sobresalen los tiempos estructurales relacionados con el acervo cultural, en los miedos y el papel de los medios de comunicación se mezclan los tiempos de incertidumbre, decretados del conflicto armado y los estructurales.

Paradójicamente, estas explosiones de temporalidades pasan desapercibidos para los discursos institucionales donde prevalecen solamente los tiempos epidemiológicos, marcados por cifras y datos que reducen la pandemia a los contagios, los picos, los valles, las muertes y los recuperados, pero que desconocen la complejidad del fenómeno y, en esa medida, limitan las respuestas para hacerle frente. Estas modulaciones son un llamado para un cambio de orientación en las estrategias, que en el actual contexto de pandemia ha mantenido un discurso y unas medidas uniformes, para virar hacia una atención diferencial en función de aspectos sociales y

culturales, que incluyan elementos relevantes de los modos de vida y las numerosas estrategias terapéuticas que hacen parte de saberes y autogestión de las comunidades (Perdiguero y Comelles, 2000).

Posdata

Las experiencias que narramos en este ensayo no son ajenas a nuestras propias vivencias y subjetividades. La incertidumbre, el miedo, la perplejidad, también nos acompañaron en estas conversaciones y encuentros; se nos interpeló y nos interpelamos frente a las contradicciones, tensiones y decisiones, en medio de un cúmulo de información y de cifras. Así que esta también fue una oportunidad para complejizar nuestras interpretaciones y sentimientos.

Agradecemos a las comunidades y organizaciones participantes en los distintos territorios, por su disposición a recibirnos y compartir sus experiencias.

Igualmente a quienes hacen parte del Observatorio Ruralidad y Paz en contextos de pandemia y post-pandemia: Olga Jaramillo Gómez y Andrés García Sánchez del Instituto de Estudios Regionales; Ever Álvarez de la seccional Urabá; Hader Calderón y Diego Andrés Ramírez de la Facultad de Educación; Hernán Porras de la Corporación de Estudios, Educación e investigación ambiental CEAM; Yuliana Montoya Pérez, Joven Investigadora de la Seccional Oriente y Sara Arango Restrepo, Estudiante Auxiliar del Instituto de Estudios Regionales.

Así mismo al grupo de estudiantes en Práctica pedagógica de la Facultad de Educación quienes vienen apoyando las iniciativas del Observatorio: Andrea Higueta Úsuga, Isabella Posada Salazar, Santiago Hernández Palacio, Cristian David Palacio Bedoya, José Luis Macía Tabares, Sebastián Vásquez Sogamoso, Daniela Ruiz Sánchez, Juan Camilo Álvarez Peláez, Martha Jasmely Cuaical Colimba, Lisbey Durango Benítez, Felipe Molina Toro, Esneddy Restrepo Úsuga, Daniel Rojo Álvarez, Eddy Mateo Rueda Silva, Jenny Ana María Toro Gómez y Miguel Ángel Villegas Marín.

Bibliografía

Arensburg Castelli, S. (2020). *Pandemia, salud mental comunitaria y respuesta pública*. Entrevista a Emiliano Galende. *Anales de la Universidad de Chile*, (17), pp. 319-331. doi:10.5354/0717-8883.2020.58933

Arias, BE., Hernández, E. y Gutiérrez A. (2021). Salud colectiva en tiempos de COVID-19. Modelo escalar para comprender las afectaciones en la ruralidad de Urabá, Antioquia, Colombia, 2020. *Rev Gerenc Polit Salud*, (20). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20-41.sctc>

Berlinguer, G. (2007). *La Enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Furtos, J. (2021). *Pandémie et biopouvoir. La nouvelle précarité contemporaine*. Paris: Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure.

García-Márquez, G. (2010). *Yo no vengo a decir un discurso*. Barcelona: Editorial Grijalbo Mondadori.

Harvey, D. (1998). *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (Covid-19): orientaciones para el público*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Perdiguero, E. y Comelles, J. (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Balleterra.

Entrevistas y diarios de campo

Arias López, B. (2021). *Diario de Campo de Mutatá*. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Calderón, H. y Ramírez, D. (2021, marzo 5). *Entrevista Lideresa San Carlos, Antioquia* [Archivo de audio]. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Calderón, H. y Ramírez, D. (2021, marzo 13). *Entrevista Maestro Resguardo de Arquía, Unguía-Chocó* [Archivo de audio]. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Calderón, H. (2021, marzo 29). *Entrevista Funcionaria Pública, Arboletes, Antioquia* [Archivo de audio]. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Calderón, H., Ramírez, D. y Porras, H. (2021). *Diario de Campo de San Carlos*. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Calderón, H., Ramírez, D. y Porras, H. (2021, marzo 5). *Entrevista Directora del Hogar Juvenil Campesino, San Carlos, Antioquia* [Archivo de audio]. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

García, A., Hernández, E. y Álvarez, E. (2021). *Diario de Campo Urabá*. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

García, A, Hernández, E y Álvarez, E. (2021, marzo 10). *Entrevista miembro de Cooperativa Multiactiva Senderos de Paz San José, Antioquia* [Archivo de audio]. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Hernández, E, Arias López, B. (2021). *Diario de Campo de San Francisco*. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.

Hernández, E, Porras, H., Gutiérrez, A y Montoya, Y. (2021, marzo 2). *Líder Marinilla, Antioquia* [Archivo de audio]. Registro inédito. Observatorio ruralidad y paz en contextos de pandemia y post pandemia. Universidad de Antioquia, Colombia.



El papel de un laboratorio de salud pública en la pandemia

SANDRA LILIANA GÓMEZ BAUTISTA,
LINA MARÍA TRIANA TRUJILLO,
PAULA ANDREA BORDA OSUNA,
DIANA ALEXANDRA GONZÁLEZ CHACÓN

Subdirección Laboratorio de Salud Pública.
Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de
Salud de Bogotá

Las pandemias han acompañado a la humanidad desde tiempos remotos. Antes de que el SARS-CoV-2 provocara la actual pandemia de COVID-19 otros dos coronavirus ya habían pasado de los animales a los humanos, sin embargo, las epidemias de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) se comportaron de forma radicalmente diferente.

La epidemia de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) 2002-2004 se detectó por primera vez en la provincia de Gaundong (China) en noviembre de 2002. A partir de ahí se propagó a más de 30 países, causando un total de 8.098 contagios en todo el mundo y 774 muertes. El virus se extendió por Asia, Europa y América del Norte, pero China tuvo el 83% de todos los casos. La tasa de letalidad del SARS fue del 10%, alcanzando el 43% en pacientes de 60 años o más en el país asiático. Aunque no se han informado nuevos casos desde 2004, los CDE han puntualizado que no se debe considerar erradicado porque el virus causante tiene un reservorio animal del cual posiblemente podría resurgir. Las investigaciones apuntaron a que el SARS saltó de los gatos zigueta a los humanos, siendo el murciélago el hospedador original (Pulido, 2020).

El síndrome respiratorio de Oriente Medio, causado por el coronavirus identificado como MERS-CoV, fue reportado por primera vez en septiembre de 2012 en Arabia Saudita en un paciente de 60 años que falleció por insuficiencia respiratoria. Según la OMS, desde 2012 se han notificado casos de MERS en 27 países. La tasa de mortalidad de las personas infectadas por MERS-CoV es de aproximadamente un 35%. El 80% de los casos han ocurrido en Arabia Saudita, entre personas que han tenido contacto con dromedarios, aunque también existe transmisión de persona a persona. Los casos identificados fuera de Oriente Medio corresponden generalmente a viajeros infectados en esta región. El MERS-CoV se ha identificado en dromedarios en varios países, como Egipto, Omán, Qatar o Arabia Saudita. También hay datos que indican que el MERS-CoV está extendido entre los dromedarios de Oriente Medio, África y Asia Meridional (Yin y Wunderink, 2018).

En las pandemias ocurridas en Colombia, entre los años 1918 a 1920 se presentó la gripa española. En esta pandemia específicamente en Bogotá, se registraron los primeros casos en octubre de 1918, donde se observa que en las grandes ciudades urbanas de la época donde había más afluencia de personas fueron los primeros en sufrir de esta enfermedad, además que las poblaciones más afectadas fue los grupos de 15 a 44 años y en el de los mayores de sesenta años la edad comprendida entre las edades de 15 a 44 años (Ospina Díaz et al., 2009; Rosselli, 2020). A finales del 2019 en el mes de diciembre, Wuhan, China se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de etiología desconocida que no cedía ante tratamientos actualmente utilizados (Zhu et al., 2020). En pocos días los contagios aumentaron ex-

ponencialmente, no solo en China Continental sino también en diferentes países. El agente causal fue identificado, un nuevo coronavirus (2019-nCoV) posteriormente clasificado como SARS-CoV2 causante de la enfermedad COVID-19. El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de Salud declaró a esta enfermedad como una pandemia (Zhu et al., 2020).

La confirmación del primer caso en Colombia el 6 de marzo de 2020, correspondiente a una paciente de 19 años procedente de Milán, Italia (Marín-Sánchez, 2020), presentó síntomas y acudió a los servicios de salud, allí tomaron muestra para el análisis respectivo y el Instituto Nacional de Salud confirmó el resultado positivo de esta prueba.

El 17 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud entregó unas orientaciones para proporcionar una serie de orientaciones provisionales a los laboratorios y otras personas u organizaciones interesadas que participaran en las pruebas de laboratorio para los pacientes que se ajustaron a la definición de caso sospechoso de neumonía asociada a un nuevo coronavirus detectado en Wuhan (China) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c), en respuesta a esta situación se fortalecieron los procesos asociados a la prevención y control por este virus con la emisión de la Circular Externa 005 de 2020, donde se directrices para los diferentes actores del Sistema de Salud, esto incluyó a las entidades territoriales de salud para la preparación, contención, vigilancia activa, detección temprana, aislamiento y manejo de casos, seguimiento de contactos y la prevención de la propagación de la infección (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a)

El 11 de septiembre del 2020, la Organización Mundial de la Salud OMS publicó un documento que contiene orientaciones dirigidas a los laboratorios y otras partes interesadas que intervienen en el diagnóstico del coronavirus causante del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2). Este abarcó las principales consideraciones relativas a la recogida de muestras, las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (AAN) y de detección de antígenos (Ag) y anticuerpos (Ac), y la garantía de la calidad.

Al comparar con la pandemia del Coronavirus donde los primeros casos se presentaron en la ciudad China de Wuhan en el mes de diciembre del 2019, en lo transcurrido de esta pandemia la población más afectada en el primer pico fue la de los adultos mayores (mayores de 60 años), en el segundo pico fueron adultos jóvenes (30 a 45 años) y en este tercer pico la población afecta ha sido aquella constituida por los jóvenes (18 a 29 años) (Rosselli, 2020).

Durante estas pandemias se vieron muchos cambios, en la forma de vida y sus costumbres, en las formas de protegernos y de prevenir la enfermedad, estas epidemias inclinaron a buscar medidas de control y prevención orientadas a la reducción de la velocidad de propagación del virus (Moreno-Montoya, 2020). Para la prevención se incluyeron medidas de prevención y control poblacional como: a) medidas de mitigación de la propagación de la epidemia, tales como el distanciamiento social e higiene, el lavado de manos, la cuarentena, la restricción de movimiento y la utilización de cubre bocas, entre otras; c) medidas de supresión de la transmisión cuando el número de casos es muy elevado, como endurecimiento de medidas drásticas de encierro en casa; d)

fortalecimiento de la capacidad de atención médica en los sistemas de salud e incremento de la capacidad de prevención de la transmisión en los servicios de salud; y e) desarrollo de vacunas profilácticas, así como la generación de agentes terapéuticos (Lazcano-Ponce y Alpuche-Aranda, 2020)

Siendo el SARS-CoV-2 una enfermedad infecciosa nueva y de rápida propagación, el Laboratorio de Salud Pública es un soporte fundamental del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el Modelo de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario en la ciudad de Bogotá, el cual es el encargado de recopilar, procesar, analizar y difundir oportunamente datos y resultados de las pruebas de laboratorio para los eventos de interés en salud pública, con el fin de apoyar la toma de decisiones para la vigilancia y control sanitario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b); por este motivo se enfrentó a proporcionar un diagnóstico oportuno tanto a los servicios de salud, como dar un soporte diagnóstico como a la vigilancia del evento en la ciudad para limitar la propagación del virus en la comunidad.

Al inicio de la pandemia en el país y en Bogotá, solo el Instituto Nacional de Salud estaba en condiciones de realizar diagnóstico de COVID-19, esto, sin lugar a duda, nos posicionaba en un escenario deficitario para dar respuesta a las necesidades y requerimientos de la situación de emergencia sanitaria que había sido declarada. Por este motivo el Laboratorio de Salud Pública de Bogotá buscó la manera de empezar a realizar las pruebas de detección del virus por SARS-CoV-2 con los medios y tecnologías a disposición en el mundo, todo esto a partir del 12 de marzo ya que se requirió autorización previa del Instituto Na-

cional de Salud. Para dar una rápida respuesta donde se requirió de un esfuerzo técnico, administrativo y operativo, así como la conformación de una red de laboratorios la cual se conformó de 31 laboratorios prestadores, estos son laboratorios externos pertenecientes a IPS y EPS a nivel distrital y 9 laboratorios colaboradores, los cuales son laboratorios de universidades habilitadas para el procesamiento de muestras de COVID-19 y ajustes a los sistemas de información (incluido el del Laboratorio de Salud Pública de Bogotá); de esta forma se implementó la metodología RT-PCR protocolo Charité, Berlín. (Berlín, 13.01.2020, Diagnostic detection of Wuhan coronavirus 2019 by real-time RTPCR). El protocolo Charité Berlín se basa en la detección de dos marcadores en el genoma del virus: el gen E y el gen RdRP (dos sondas P1 y P2 fueron diseñadas para la detección del gen RdRP). El ensayo E es específico para todos los virus del subgénero Sarbecovirus (es decir, SARS-CoV, el virus COVID-19 y los virus de murciélagos relacionados), mientras que el ensayo RdRP con la sonda P2 solo detecta el virus COVID-19. Sin embargo, el único Sarbecovirus que circula actualmente en humanos es el virus COVID-19. Por lo tanto, un resultado positivo con el ensayo E confirma un caso de COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La OPS / OMS la cual se conformó de 31 laboratorios prestadores, estos son laboratorios externos pertenecientes a IPS y EPS a nivel distrital y 9 laboratorios colaboradores, los cuales son laboratorios de universidades habilitadas para el procesamiento de muestras de COVID-19 distribuyó reactivos específicos (cebadores, sondas y controles positivos) y protocolos de trabajo para estos ensayos en toda la región. La detección de un solo marcador genético es suficiente

para la confirmación laboratorial de los casos. Aunque la recomendación inicial detectar dos marcadores genéticos diferentes (p. ej., detección del gen E seguida por gen RdRP), un algoritmo más simple aumenta la capacidad del laboratorio mientras que garantiza la precisión mediante el uso de los ensayos de Charité que son altamente específicos (Moreno-Montoya, 2020). Debido a la alta demanda se organizaron grupos y horarios de trabajo que realizaban la verificación de la muestra y cumplimiento de los criterios para su recepción, cada muestra debía estar identificada y acompañada de la ficha de notificación establecida por el Instituto Nacional de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Una vez realizados los análisis, los resultados se registraron en el Sistema de Información del LSP-SILASP, este es un sistema integrado tipo web, que automatiza todos los procesos del Laboratorio de Salud Pública (LSP) y en el que se registran las variables de las fichas epidemiológicas, para posteriores análisis de la información, así mismo con el fin de contar con una red de Laboratorios que hicieran diagnóstico de SARS-CoV-2 en Bogotá, el área de calidad del LSP realizó el proceso de verificación de Estándares de Calidad en cumplimiento de la Resolución 1619 de 2015 donde esta estableció el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad como requisito para la autorización a terceros para procesos de pruebas relativas a eventos de interés en salud pública. Las actividades desarrolladas por el equipo del LSP fueron:

El laboratorio externo diligenció la autoevaluación y envió las evidencias de 40 requisitos priorizados de la

herramienta de estándares de calidad INS/LSP, estos abarcaron los aspectos desde el ingreso de la muestra hasta la emisión del resultado con enfoque en el diagnóstico molecular COVID-19.

- El LSP, realizó la revisión de las evidencias y envió al laboratorio evaluado las observaciones de los requisitos que no tuvieron cumplimiento para que efectuaran la subsanación y aportaran las nuevas evidencias.
- El LSP, realizó la visita de verificación de estándares de calidad y observaciones encontradas en las visitas.
- Una vez enviadas las nuevas evidencias para ser revisadas por el LSP y evidenciado su cumplimiento, el LSP otorgó el aval.
- El LSP envió muestras para la Evaluación Externa Directa del Desempeño a los laboratorios autorizados, una vez recibido el aval; se les remitió un panel de 10 muestras con una periodicidad mensual para su evaluación, con la que se buscó mantener el seguimiento al óptimo desempeño de los procedimientos y fortalecer la calidad del diagnóstico.

Al ser el Laboratorio de Salud Pública un líder en la ciudad de Bogotá en conjunto con la Red de Laboratorios del Distrito Capital (Bogotá) se realizó una estrategia, para el procesamiento de muestras COVID-19, lo cual nos representó el 28% de los laboratorios avalados en el país para el diagnóstico molecular de COVID-19, ayudando así en diagnóstico de este evento.

El Laboratorio de Salud Pública se encontró frente a un gran desafío para realizar el diagnóstico del nuevo virus, lo cual implicó inversión importante para ampliar la capacidad en talento humano, equipos, reactivos e insumos, elementos de protección personal, así como reorganización en los procesos de recepción, alistamiento y procesamiento de muestras, lo que permitió que este fuera el primer laboratorio en implementar la prueba molecular que detecta los ácidos nucleicos del SARS CoV-2, a partir de muestras respiratorias.

El LSP se enfrentó a numerosas dificultades como la escasez de kits de extracción tanto la extracción automatizada de ARN viral como los kits manuales, al igual que la demora en los despachos de puntas para micropipetas. El quiebre mundial en la producción de dichos reactivos e insumos afectaba a Latinoamérica y obviamente a Colombia también (Bellesté, 2020).

El LSP intensificó la aplicación de las precauciones estándar de bioseguridad, de acuerdo con las recomendaciones tanto del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) como de la OPS, como la higiene de manos y el uso de equipo de protección personal: batas, polainas, gorros, overoles, guantes y protección ocular. Se realizó rutinariamente la descontaminación en las áreas y las superficies de trabajo en cada cambio de turno y se realizó, con mayor frecuencia, la ruta sanitaria para la gestión de los residuos. El manejo de las muestras para COVID-19 se restringió para realizarse en las cabinas de seguridad biológica de clase II certificadas.

El Laboratorio concentró sus acciones en la recepción y procesamiento de muestras para el diagnóstico de

COVID-19, generando afectación en la realización de asesorías y asistencias a los laboratorios de la red y las evaluaciones de desempeño. Ante el gran volumen de pruebas para hacer frente al brote, se hizo necesario volcar gran parte del talento humano del Laboratorio a atender los diferentes procesos para el análisis de las muestras. Situación que no fue exclusiva para este laboratorio, sino más bien generalizada a nivel mundial (Lippi y Plebani, 2020). Sin embargo, el LSP mantuvo los análisis confirmatorios de muestras provenientes de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, como son los de sarampión, arbovirus, tosferina y entero patógenos, entre otros. No obstante, es evidente que la demanda se redujo para estos eventos.

Una de las urgencias era aumentar la capacidad diagnóstica en la ciudad de Bogotá, dada la gran demanda de pruebas, por lo que el Laboratorio de salud pública estableció dos estrategias en pro de favorecer el procesamiento de muestras para la ciudad.

1. Autorizar laboratorios de universidades para que fueran laboratorios colaboradores al Laboratorio de Salud Pública en las pruebas moleculares de COVID-19.
2. Autorizar laboratorios prestadores de servicios para que realizaran los análisis moleculares para COVID-19.

Esta estrategia colaborativa se utilizó en otra región del mundo, donde las universidades y otros centros de investigación pusieron a disposición recursos, conocimientos e implementaron el protocolo de diagnóstico e incrementar significativamente la ca-

pacidad diagnóstica de sus regiones (Bellesté, 2020; Lippi y Plebani, 2020; Wu y McGoogan, 2020)

A los laboratorios autorizados, una vez recibido el aval por parte del LSP, se les remitió un panel de 10 muestras con una periodicidad mensual para su evaluación, con la que se buscó mantener el seguimiento al óptimo desempeño de los procedimientos y fortalecer la calidad del diagnóstico de este evento en particular.

Con el fin de mejorar la oportunidad en la entrega de resultados de COVID-19, el LSP en conjunto con la dirección TIC, desarrolló un procedimiento automatizando para que los resultados generados en los termocicladores cargaran directamente a la base de SILASP y así evitar la transcripción de resultados de forma manual. Adicionalmente se creó una página Web en conjunto con la Dirección de TIC, para consulta inmediata de resultados generados en la base SILASP por parte de los usuarios. En la actualidad se cargan de manera automática los datos de los pacientes al SILASP, contribuyendo también a la mejora en los tiempos de oportunidad.

Es indudable la contribución que ha tenido el laboratorio en este brote, aportando información a la vigilancia, en la coordinación del diagnóstico en la ciudad, y en el seguimiento del COVID-19.

Los seres humanos nos hemos enfrentado a varias pandemias, la pandemia de la gripe española y el SARS CoV 2 se presentaron en épocas diferentes, nos vimos enfrentado realizar muchas de las medidas de control y prevención, al igual que a intentar de dar un diagnóstico ejerciendo métodos para su diagnóstico,

aún queda mucho por recorrer para seguir enfrentando la pandemia de COVID-19, la situación epidemiológica es cambiante y por ello las medidas adoptadas en relación con el diagnóstico también deben ser dinámicas y el laboratorio debe mantener e ir actualizando e innovando sus técnicas en apoyo a una mejor vigilancia.

Bibliografía

Bellesté, B. (2020). El laboratorio en el diagnóstico de COVID-19 en Uruguay: resultados y desafíos. *Rev Méd Urug*, 36(3), 243–245.

Lazcano-Ponce, E., y Alpuche-Aranda, C. (2020). Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por COVID-19. *Salud Pública de México*, 62, 331–340. <https://doi.org/10.21149/11408>

Lippi, G., y Plebani, M. (2020). The critical role of laboratory medicine during coronavirus disease 2019 (COVID-19) and other viral outbreaks. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 58(7), 1063–1069. <https://doi.org/10.1515/cclm-2020-0240>

Marín-Sánchez, A. (2020). Características clínicas básicas en los primeros 100 casos fatales de COVID-19 en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 44(1), 1–4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.87>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). *Lineamiento para el uso de pruebas diagnósticas para SARS - CoV - 2 (COVID - 19) en Colombia* (Vol. 1). <https://bit.ly/3pvWfFP>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). *Lineamientos para el uso de pruebas en el Laboratorio de Salud Pública (LSP) En el marco de la emergencia sanitaria por (COVID-19) en Colombia*. http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2020/Linea-Manejo_Pruebas-LSP-Covid-19.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). *Pruebas de laboratorio para el nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) en casos sospechosos de infección en humanos*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330861/9789240001237-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno-Montoya, J. (2020). Epidemiología del autocuidado, más allá de lo individual y lo sanitario. *Biomédica*, 40(3), 73–76. <https://doi.org/10.7705/BIOMEDICA.5761>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus responsable de la COVID-19*. In OPS (pp. 1–11). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52471/OPSIMSPHECOVID-19200038_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ospina Díaz, J. M., Martínez Martín, A. F., y Herrán Falla, O. F. (2009). Impacto de la pandemia de gripa de 1918-1919 sobre el perfil de mortalidad general en Boyacá, Colombia. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, 16(1), 53–81. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702009000100004>

Pulido, S. (2020). ¿Qué pasó con los otros brotes de coronavirus? <https://gacetamedica.com/investigacion/que-paso-con-los-otros-brotes-de-coronavirus/>

Rosselli, D. (2020). Epidemiología De Las Pandemias. *Medicine*, 42(2), 168–174.

Wu, Z., y McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) *Outbreak in China*. *Jama*, 323(13), 1239. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>

Yin, Y., y Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130–137. <https://doi.org/10.1111/resp.13196>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., y Tan, W. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727–733. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001017>



La resiliencia en el escenario sindémico de la COVID-19: a propósito de transiciones y transformaciones en salud

ELIANA MARTÍNEZ-HERRERA^{1,2,3*},

JUAN CAMILO MOLINA-BETANCUR¹,

SALIM CHALELA^{4,5},

CLAUDIA ÁLVAREZ⁶,

WALTER RUIZ⁷.

1. Línea de investigación “Epidemiología y Salud Urbana” Grupo de investigación de Epidemiología (Categoría A1 MinCiencias), Medellín, Colombia.

2. Grupo de Investigación en Desigualdades en la Salud, Ecología y Condiciones de Empleo, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.

3. Centro de Políticas Públicas JHU-UPF en el Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.

4. Línea de Investigación en Educación Superior, Grupo de Investigación Pluriverso (Categoría A MinCiencias) Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA, Medellín, Colombia.

5. HUB Latinoamericano y Caribeño de Innovación Transformativa. Vicerrectoría Administrativa y Financiera.

6. Universidad de Medellín UDEM, Medellín, Colombia.

7. Grupo de Investigación Innovación y Gestión Tecnológica, Departamento de Ingeniería de la Organización de la Facultad de Minas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

(*) Correspondencia. Eliana Martínez-Herrera Calle 62 No. 52-59 Bloque 33 Segundo Piso Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia. Correo electrónico: eliana.martinez@udea.edu.co.

Introducción

La humanidad vive y repite la encrucijada de política y tragedia, entre la cima y la sima de su propia existencia y evolución, nunca está preparada para generar los cambios y estrategias intervinientes necesarias sobre las condiciones sociales que hace que algunos grupos sean más vulnerables que otros y se continúen amplificando las brechas de desigualdad. Las soluciones biomédicas, en sentido estricto a la COVID-19, van a fracasar por lo que se requiere hacer una reversión profunda de las inequidades sociales y económicas para enfrentar las consecuencias de lo que ya es considerado como una sindemia, teniendo en cuenta que las interacciones biológicas y sociales aumentan la susceptibilidad de una persona al empeorar sus resultados de salud. Se necesitan intervenciones integrales entre la medicina clínica y la salud pública que aborden los orígenes sociales de la enfermedad desde la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente principalmente de los más vulnerables (Horton, 2020; Singer et al., 2020).

El abordaje tradicionalmente dado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido un claro ejemplo de soluciones con un enfoque exclusivamente biomédico. Esta es una de las enfermedades infecciosas con mayor mortalidad en la historia de la humanidad. Fue reconocida como una nueva entidad clínica en 1981, dos años después fue identificado su agente causal, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Boza Cordero, 2016). Desde aquel entonces, pasaron dos décadas para que las autoridades de ONUSIDA reiniciaran estudios evolutivos genéticos

del VIH/sida, pero sobre todo investigaciones sociales de la gran pandemia del siglo XXI, que registra más de 35 millones de personas muertas (Boza Cordero, 2016). Precisamente, la conceptualización de las sindemias comenzó durante un estudio etnográfico de consumidores de drogas en los primeros años de la pandemia del SIDA; que evidenció altos niveles de pobreza, acoso policial, discriminación, bajo acceso a la atención médica, barreras que impidieron un adecuado tratamiento (Singer et al., 2020). Asimismo, se evidenció en una población similar que la probabilidad de infección por el Virus de Hepatitis C (VHC) era seis veces más alta en las personas con VIH (Singer et al., 2020). Cuarenta años después, no hay una vacuna y las contribuciones globales colectivas se esfuerzan por seguir enfrentándola con nuevos y mejores tratamientos (Boza Cordero, 2016).

La actual crisis generada por la COVID-19 ha develado grandes problemas globales no solamente en nuestros sistemas de salud, también ha mostrado la vulnerabilidad en diferentes ámbitos de nuestro sistema social, ya que converge o interactúa con otras crisis socioeconómicas que ya estaban consolidadas (Corburn et al., 2020; Thomas et al., 2020). Por ejemplo, la alta densificación urbana, la inadecuada seguridad alimentaria, las crisis migratorias, el bajo acceso a herramientas digitales para la equidad educativa o la dependencia e insuficiencia tecnológica que han maximizado los efectos de la pandemia en la desigualdad (Corburn et al., 2020). En este sentido, el territorio se convierte en una cuestión clave sanitaria en contextos de desigualdad (Chiara, 2020).

Las respuestas nacionales han variado, y algunos han tenido más éxito que otros en contener la trans-

misión y prevenir muertes (Thomas et al., 2020). Esta nueva realidad global nos obliga a ampliar sin saberlo las capacidades creativas para soportar, resistir, sufrir y tolerar los agudos cambios emergentes (Djalante et al., 2020). La sindemia ha producido un “choque profundo” en el que confluyen las presiones globales derivadas de las dinámicas económicas, culturales o ambientales; y las acciones individuales y colectivas que promueven la generación de transiciones hacia sistemas sociotécnicos más sostenibles (Schot et al., 2020).

En este contexto, la creciente mirada de los aprendizajes de resiliencia en la vulnerabilidad, con enfoques sistémicos y con abordaje a las complejidades de la búsqueda por el bienestar, se han acelerado en diferentes lugares (Djalante et al., 2020). Un bienestar global frágil, que ya comprometió el patrimonio para las generaciones futuras ante la vasta desigualdad social y ambiental existente aumenta cada vez más las fisuras político-económicas (Djalante et al., 2020). La continua necesidad de comprensión de los fenómenos naturales y sociales en este tiempo de pandemia ha ofrecido soluciones multidisciplinarias de la comunidad científica mundial, no solo en el campo de la salud (Castells, 1999). La resiliencia del sistema de salud es clave para prepararse, gestionar (absorber, adaptarse y transformar) y aprender de las crisis, no solo de la actual pandemia, sino de otras emergencias de salud, como el Ébola, el virus Zika, desastres naturales, las crisis económicas o los conflictos políticos que resultaron en migraciones masivas (Thomas et al., 2020).

Lo anterior se demuestra, por ejemplo, en la divulgación rápida de nuevo conocimiento sobre el virus

en artículos científicos, libros, creaciones artísticas, ponencias virtuales, textos periodísticos, videos, wikis, foros virtuales, generación de proyectos participativos y transferencia de conocimiento de patentes, registro de modelos, software creados a partir de procesos de investigación; respuestas lógicas de la denominada sociedad de la información (Castells, 1999). Sin embargo, a pesar de todos los aportes generados, persiste una desconexión profunda entre la ciencia y la política, lo que trae como consecuencia, la inexistencia de procesos de toma de decisiones basados en evidencia científica, también existen esquemas que superponen los intereses económicos a las investigaciones, datos y análisis de la ciencia, o niegan a la existencia de la situación global evitando la reflexión necesaria sobre los sistemas de salud resilientes (Legido-Quigley, Asgari, et al., 2020; Legido-Quigley, Mateos-García, et al., 2020; Thomas et al., 2020). El entorno político, las diferencias en las comunidades y el descontento social ha llevado a una ruptura de la confianza pública, pero también ha afectado al personal de atención médica de primera línea (Legido-Quigley, Asgari, et al., 2020).

Inicialmente, el sistema de salud debe prepararse para las crisis antes de que ocurran e identificar las respuestas óptimas necesarias para afrontarla, cuanto antes se advierte que se está produciendo una conmoción, más rápida y eficaz puede ser la respuesta (Thomas et al., 2020). Para esto, es importante contar con mecanismos de vigilancia eficaces para recopilar información oportuna, completa, regular y de buena calidad sobre una amplia gama de indicadores (Thomas et al., 2020). Lo anterior permite que la gestión del impacto de la crisis sobre los determinantes sociales de salud, evaluando los efec-

tos sobre las inequidades en salud; y adaptándose y transformándose para garantizar que aún se logren los objetivos del sistema de salud, con los recursos disponibles (Lal et al., 2020). Cuando la adaptación no está funcionando o cuando se han logrado todas las eficiencias fáciles, es posible que el sistema deba transformarse para hacer frente al impacto. Finalmente, cuando llegue la etapa de la recuperación se deben analizar los aprendizajes, para mejorar el sistema actual ante cualquier escenario futuro (Thomas et al., 2020).

La innovación transformativa se convierte en una propuesta emergente para profundizar en los aprendizajes sociales y ambientales; y las posibles transiciones en el devenir de la humanidad. Esta aproximación epistemológica refiere la necesidad, cada vez más urgente, de producir un cambio en las reglas colectivas que están imbuidas en sistemas socio-técnicos, como los definidos en algunos Objetivos de Desarrollo Sostenible- ODS (United Nations, 2015). En este sentido, la innovación transformativa plantea la necesidad de considerar la direccionalidad en las políticas, programas y procesos que prioricen la sostenibilidad, por medio de la experimentación e ilustra nuevas trayectorias de desarrollo y la inclusión de diferentes actores sociales (Schot & Steinmueller, 2018).

Así las cosas, en este manuscrito se presentan la innovación transformativa y sus elementos básicos como una alternativa para estudiar las transiciones y los cambios necesarios en el contexto del aumento de brechas amplificadas de desigualdad por la pandemia de la COVID-19. Asimismo, destaca la resiliencia como característica imprescindible para alcanzar

las transformaciones radicales necesarias en la sociedad y resalta algunos aprendizajes para el diseño de políticas públicas resilientes.

Transiciones sostenibles: caminos diversos y alternativos para la sostenibilidad de los sistemas de salud resilientes

Las transiciones sostenibles por cambios transformativos ha sido un campo ampliamente estudiado en las últimas dos décadas (Köhler et al., 2019); sin embargo, es un reto en la necesaria reforma a los sistemas de salud en las prácticas, las tecnologías y los comportamientos individuales y comunitarios desde la perspectiva de la sostenibilidad. Estas transiciones han de ser comprendidas como cambios radicales en los sistemas socio técnicos que se producen por innovaciones incrementales o desarrollos tecnológicos, y que responden a acciones transformativas en diferentes niveles de la estructura social (Geels, 2011). Estas contemplan múltiples dimensiones económicas, tecnológicas, políticas, culturales y que vinculan a los académicos, empresarios, industriales, políticos en diálogos permanentes con la sociedad y la comu-

nidad a la que se deben, lo que supone retos interdisciplinarios como campo de investigación (Köhler et al., 2019). Además, enfocan su acción en dar respuesta a la necesaria armonización de las transiciones sostenibles a los objetivos propuestos, entre otras, por la Agenda 2030 (Escobar, 2007).

Uno de los principales retos que se asume con este enfoque de generación de conocimiento está asociado a la tensión constante que emerge entre las propuestas de transformaciones nacientes en sistemas socio técnicos y la dependencia de las formas tradicionales de hacer las cosas (Köhler et al., 2019). En consecuencia, el compromiso que debe asumirse desde los hacedores de política pública es incentivar que las transiciones ocurran en una perspectiva multinivel; es decir que al entender el nicho de la salud como bien público se requiere vincular en los sistemas socio técnicos otros actores sociales y comunitarios para su sostenibilidad, ya que usualmente tienen objetivos diferentes a los organizacionales, ellos no son beneficiarios de los programas de promoción de la salud por la deficiente provisión de subsidios y el alcance de las políticas públicas, (Pluye et al., 2004) también intervienen en los desarrollos exógenos que afectan los sistemas socio técnicos.

La literatura sobre transiciones sostenibles ha profundizado en el rol que juega la sociedad civil en el propósito de generar transiciones en políticas y dinámicas gubernamentales, innovaciones de base social y cambios culturales (McDowall, 2018); y su capacidad de construir nuevas rutas y alternativas para generar cambios en las costumbres de consumo y en los valores sociales (Fuenfschilling & Truffer, 2016). En este sentido, las investigaciones propuestas son

direccionadas desde la capacidad que tiene la sociedad civil y los movimientos sociales de soportar con conocimiento técnico localizado, la capacidad que tiene la ciencia y los desarrollos tecnológicos de generar cambios transformativos. Un ejemplo particular en Colombia es el de los movimientos sociales en la defensa de los humedales en Bogotá, junto con la creación de narrativas para su configuración como agenciamiento social articulado entre los involucrados de diferentes miradas, este es el cambio cultural requerido por la heterogeneidad para encontrar nuevos caminos en la construcción de alternativas para el desarrollo territorial (Ramirez et al., 2020).

La innovación transformativa es una nueva propuesta epistemológica, que está asociada a diferentes contextos históricos, sociales y políticos emergentes para significar el fenómeno de las transiciones en los nichos sociales y técnicos de la innovación. Debido a que la atribución de transformación que se le otorga está vinculada con la necesidad de cambiar sistemas socio técnicos que son insostenibles, a través de innovaciones que poseen una direccionalidad alineada a los ODS y son promotoras de la experimentación, principalmente la social; la innovación transformativa permite aprendizajes de segundo orden (Pellicer-Sifres et al., 2018) y es capaz de cuestionar creencias, formas de pensamiento y narrativas dominantes para establecer nuevas acciones y posibilidades de cambio e innovación (Schot & Steinmueller, 2018).

Las personas desaprenden los discursos hegemónicos dominantes y en cambio aprenden narrativas liberadoras mediante los modelos de experimentación y aprendizaje orientados a la toma de decisiones para la transformación social (Pellicer-Sifres et al., 2018;

Ramírez & Vargas, 2018; Vélez Agudelo et al., 2018). Este modo de aproximarse a la innovación ha sido asumido en diferentes contextos locales, regionales y nacionales, tanto por actores institucionales como por académicos, mayoritariamente centrados en el diseño de políticas públicas para la ciencia, la tecnología y la innovación que apuntan a enfrentar retos globales, como los señalados por los ODS (United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), 2019). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce la ciencia, la tecnología y la innovación (CTI) como un promotor de la transformación global hacia economías prósperas, inclusivas y ambientalmente sostenibles en países en desarrollo y desarrollados (United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), 2019). La creación de capacidades de innovación permite a los países en desarrollo construir sus propias vías de desarrollo, muchos de estos países demuestran patrones más sostenibles de uso de recursos y energía. La necesidad de un cambio transformador a nivel del sistema sociotécnico requiere de una efectiva colaboración científica y tecnológica internacional, bilateral y multilateral, no solo como tradicionalmente se ha entendido entre el “Norte-Sur Global, sino también entre el Sur-Sur, compartiendo experiencias y aprendizajes en contextos similares (United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), 2019).

En Colombia, el Libro Verde (Vélez Agudelo et al., 2018) y la Comisión de Sabios (Misión Internacional de Sabios, 2020), respectivamente, generaron recomendaciones de Política Nacional para la Ciencia, Tecnología e Innovación desde la innovación transformativa para los necesarios cambios a la salud (Patiño Grajales, 2020), haciéndolos más sostenibles y plant-

eando, a partir de la transformación de los actuales sistemas sociotécnicos, las bases conceptuales, reflexiones y principios para que la acción pública contribuya en la solución de los grandes desafíos sociales, económicos y ambientales que enfrenta el país y que se consideran expresados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estas políticas transformativas abren espacios a la experimentación y el aprendizaje como soportes válidos para la toma de decisiones interinstitucional, multinivel y de diversos actores, para avanzar hacia la transformación (Misión Internacional de Sabios, 2020; Vélez Agudelo et al., 2018).

Así las cosas, la innovación transformativa constituye un modo de aproximarse al fenómeno de la innovación como se evidenció anteriormente. La mayoría de estas experiencias están orientadas a generar cambios radicales en los procesos de formulación de políticas públicas en Ciencia, Tecnología e Innovación. Ahora bien, el sentido de transformación, tal como lo expresan Schot y Steinmueller (2018), “trata de un cambio en las destrezas, las infraestructuras, las estructuras industriales, los productos, las regulaciones, las preferencias del usuario y las predilecciones culturales”; por tanto, la identificación y el reconocimiento de las acciones de base social, los arreglos institucionales y los cambios de paradigma frente al *statu quo* son fundamentales para comprender su alcance (Boni et al., 2018).

Lecciones de la COVID-19 ante la fragilidad humana en la incertidumbre y la capacidad de respuesta social

Por la historia natural y social de la COVID-19 hasta hoy conocida, los impactos a largo plazo de esta situación rápidamente cambiante no se distribuirán de manera uniforme y no se podrán esperar décadas para tener todas las respuestas en la transmisión intergeneracional de la desigualdad (Neidhöfer, 2020). Por lo anterior, se requiere de la innovación, de aquella procedente de la comprensión de las nuevas formas de relacionamiento social que interactúan con las ideas de progreso, reaccionan ante la adversidad y están en esa dialéctica contradictoria de la sabiduría combinada del pensamiento científico riguroso, los conocimientos técnicos sobre el terreno y las experiencias vividas por una gran diversidad de personas y comunidades.

Esta incertidumbre generalizada abre una reflexión profunda en torno a los conceptos de sensibilidad y vulnerabilidad de los actores globales que están latentes en contexto de interdependencia compleja generado por los procesos de globalización. La sensibilidad entendida como la capacidad de respues-

ta que tienen los actores globales respecto a los cambios, en un área determinada, que experimenta todo el sistema y, la vulnerabilidad como el control que tienen los actores globales sobre los potenciales efectos generados por los cambios en el sistema (Rana, 2015).

Desde esta perspectiva, el cambio en el sistema de orden global producido por la COVID-19 ha develado que contar con un desarrollo económico, tecnológico y militar, impulsado por el modo 1 (Ciencia, Tecnología e Innovación) y modo 2 (Hacer, Usar e Interactuar) de innovación, no es suficiente ni reduce la fragilidad frente a este fenómeno. Ejemplo de esto, según reportes oficiales de la Organización Mundial de la Salud a junio de 2020, es el comportamiento epidemiológico con mayores tasas de crecimiento en los contagios y número de muertes (World Health Organization, 2020) que ha mostrado la pandemia en las potencias mundiales desde el punto de vista económico (Estados Unidos, China, Japón, Alemania, Reino Unido, Francia e Italia), tecnológico (Inglaterra, Alemania, Corea del Sur, Estados Unidos, Japón) y militar del Global Norte (Estados Unidos, Rusia, China, Francia, Japón, Corea del Sur y Reino Unido). Estas han sido más sensibles a la respuesta de la emergencia sanitaria que otras regiones, y no por ello menos vulnerables que los países del Global Sur. El 62% de los países del centro-este africano pese de tener menor desarrollo económico y menor capacidad de respuesta sanitaria (países que ni siquiera cuentan con una sola unidad de cuidados intensivos) han enfrentado el mayor número de brotes de epidemias en la historia reciente intentando controlarlos, recientemente con un nuevo brote de ébola en la República Democrática del Congo (Harris & Boakye-Agyemang, 2020).

En Latinoamérica donde se encuentra actualmente el epicentro de la pandemia, enfrenta retos similares a los presentados por el resto del sur global, donde la pandemia está afectando más fuerte a los grupos poblacionales más vulnerables (migrantes, desplazados y habitantes de asentamientos informales), quienes tendrán un impactante deterioro en la salud y calidad de vida, debido a la acumulación de desventajas relacionadas con los determinantes sociales de la salud (Molina-Betancur et al., 2020). Actualmente, la región enfrenta a una crisis humanitaria derivada de la inestabilidad política, la corrupción, el malestar social, las crisis migratorias, los sistemas de salud frágiles con grandes brechas de accesibilidad ("COVID-19 in Latin America : A Humanitarian Crisis," 2020).

En consecuencia, en el futuro aumentarán las brechas de desigualdad en las dinámicas de una gobernanza global transformadora de la incertidumbre frente a los cambios sistémicos. Esta crisis económica será seguida por consecuencias sociales y de salud pública, con efectos adversos debidos a la renuncia a la atención de enfermedades crónicas. Durante la pandemia una característica importante de la respuesta ante la emergencia sanitaria en los países latinoamericanos fue la velocidad a la que los países pudieron introducir control voluntario y obligatorio de salud pública y políticas de prevención (bloques de población, cuarentenas, y toques de queda), combinado con políticas económicas y fiscales para afrontar el impacto socioeconómico de la pandemia en trabajadores autónomos y de bajos ingresos (García et al., 2020).

Por tal razón, la innovación transformativa se presenta como una alternativa apropiada para enfrentar la

incertidumbre y los retos que impone la contingencia de la COVID-19, así: a) da una direccionalidad a la innovación, donde se pretenda generar no solo impactos positivos desde el punto de vista económico y ambiental, sino principalmente social. b) comprende los diferentes regímenes sociotécnicos en los que se produjo la pandemia y cómo estos afectan negativamente la consecución de los ODS, para orientar la experimentación a posibles nichos que puedan superar estos comportamientos no deseados y, a la vez, planteen nuevas alternativas para superar los nuevos retos sociales y ambientales impuestos por las nuevas condiciones. c) utiliza metodologías que permitan abordar fenómenos complejos como estos, para mejorar su comprensión y permitir mecanismos de experimentación que aumenten la probabilidad de éxito y velocidad de cambio, e interviene en las fallas de los sistemas sociotécnicos, porque toma de la pandemia la necesidad de consolidar la democratización del conocimiento y la ciencia abierta.

Tal como se ha mencionado anteriormente, a pesar de existir agendas globales comunes para enfrentar los problemas del desarrollo, la incertidumbre que producen los cambios sistémicos pone en evidencia la capacidad de los regímenes sociotécnicos para garantizar su estabilidad y su inclusión (Geels, 2011). Sauermann et al. (2020) develan la importancia de la ciencia ciudadana, desde dos posturas que pueden complementarse, primero la productividad científica y segundo, la democratización de la ciencia, para construir transiciones sostenibles. La capacidad que tiene involucrar cada vez más ciudadanos en los procesos de generación de conocimiento y sus posibles impactos positivos en la construcción de capacidades que apuntan a transiciones profundas de

los sistemas sociotécnicos, dado que estos aportan mayor diversidad, en términos de disciplinas, enfoques y miradas a los fenómenos, a la construcción de agendas de investigación, movilización de recursos y soporte para generar cambios en los sistemas.

La COVID-19 deja algunas lecciones para la formulación de políticas de salud pública, pero en general de políticas focalizadas en promover transformaciones a nuevos sistemas sociotécnicos basados en prácticas sostenibles, saludables y vivibles, territoriales, de cara a la ciudadanía científica, que como resultado de la confianza, coparticipan de las decisiones nacientes derivadas de la ciencia y la política para el cambio climático, políticas en el contexto de la emergencia climática, reflexiones que no le pertenecen solo a la comunidad investigadora de las políticas y que, la resiliencia facilita a través de nuevas formas para la gestión social del conocimiento de la salud pública (Benach et al., 2019), en que la ciencia y la política interactúan (Sharman & Howarth, 2017). La capacidad de respuesta global ante eventos como los desastros por la COVID-19 deben promover en el intercambio de aprendizajes nuevos momentos de experimentación, eje central de la metodología de la innovación transformativa (Ramírez, 2020) con matices y abordajes de resiliencia.

Resiliencia no sólo para responder ante la propagación del riesgo de enfermedades infecciosas y la respuesta sanitaria propiamente dicha imbricadas con las transiciones epidemiológicas de las enfermedades crónicas sino para aceptar la vulnerabilidad geopolítica mencionada, la demografía en transición y las formas culturales y de disciplina de las sociedades para incorporar los cambios requeridos futuros

de un nuevo orden, policéntricos, multiescalares, con enfoques de gobernanza multiactorial (Leach, 2017). Los desafíos ante la emergencia climática en paralelo a la crisis sociosanitaria han de justificar las políticas para un desarrollo más sostenible dado que abordarán con mayor celeridad la comprensión de necesidades y coproducción de escenarios futuros en términos de gestión científica, sectorial y comunitaria. En este sentido, la ciencia ciudadana ayudaría en la identificación de necesidades y problemas de sostenibilidad de forma asertiva, incrementará la participación desde los diversos niveles, movilizará los recursos comunitarios, y facilitará la coevolución de aspectos sociotécnicos para las transiciones resilientes (Sauermann et al., 2020).

Con ello se fomentaría la creación de espacios para: redireccionar sistemas hacia los valores sociales, generar procesos de cambio sostenibles y en consecuencia dar bienestar a las personas a partir de nuevos desafíos sociales, los cuales son persistentes y complejos, y tienen un carácter sistémico resiliente capaz de generar aprendizajes de segundo nivel, ya que generan procesos reflexivos continuos. Ahora en adelante se requerirán con inmediatez cambios profundos en la provisión de energía, en la vivienda, el sistema de salud, el transporte, la provisión de agua limpia y el alimento. En la actualidad estos sectores se han ido construyendo con base en rutinas de habilidades, conocimientos, tecnologías, regulaciones, culturas, preferencias de usuarios e infraestructura poco compatibles con la sostenibilidad del planeta y están asociados con actores involucrados alejados de las realidades de la mayoría de las personas (Schot & Steinmueller, 2018).

La sindemia señala la necesidad apremiante de integrar los aspectos sociales y ambientales con la asistencia médica y sanitaria de salud para la compleja interacción de sistemas afectados por la COVID-19 (Witte, 2020), incluidas las vías y los mecanismos de enfermedad-enfermedad y la interacción biosocial, lo cual presenta una variedad de desafíos para describir las cargas de salud de grupos de enfermedades en una población, sus efectos acumulativos de la comorbilidad y estimar la fuerza de las relaciones entre enfermedades y los factores sociales (Singer et al., 2020).

Consideraciones finales

El riesgo y la frecuencia de las crisis están aumentando a nivel mundial aceleradamente, por diversos factores que están afectando drásticamente el régimen y el paisaje, entre ellos el calentamiento global, nuevas epidemias o la incertidumbre económica y la geopolítica cambiante. A nivel latinoamericano se reconoce que se necesitan más inversiones en protección social para reducir las desigualdades y asegurar que el crecimiento económico sea sostenible, inclusivo y equitativo; de igual forma es imperativo que los países de América Latina trabajen para fortalecer la comunidad sanitaria regional y mundial ("COVID-19 in Latin America : A Humanitarian Crisis," 2020). El enfoque de las sindemias nos indica que la enfermedad no se desarrolla de forma aislada, sino en un entorno de condiciones sociales y de salud influyentes que pueden cambiar la expresión, la diseminación, la gravedad, la progresión y el resultado (Singer et al.,

2020). Es por esto que se requiere de una gobernanza efectiva en la formulación de políticas para preparar, dirigir y gestionar sus sistemas de salud a través de las diversas crisis, promoviendo e incentivando el desarrollo de estrategias sostenibles que sean adecuadas para cada territorio (Chiara, 2020). Comprender la resiliencia del sistema de salud nunca ha sido más esencial en la absorción, la adaptación y la transformación durante las crisis. La preparación previa, la pronta identificación y el aprendizaje de ellas en el período posterior también son necesidades importantes para un sistema de salud resiliente (Thomas et al., 2020).

Las sindemias requieren respuestas desde diversos sectores y esferas, así como una evaluación de la dinámica sociopolítica de la salud que promueve la agrupación e interacción de enfermedades (Singer et al., 2020). A lo largo de este año, han surgido lecciones importantes para la generación de sistemas de salud resilientes. Se requiere de un liderazgo eficaz y participativo con una sólida visión y comunicación; que permita la integración de los servicios en el sistema de salud y en otros sectores, diferentes niveles de gobierno y entre actores gubernamentales y no gubernamentales (Legido-Quigley, Asgari, et al., 2020; Legido-Quigley, Mateos-García, et al., 2020; Thomas et al., 2020).

De esta manera se mejora la capacidad para adaptarse a los impactos; sin embargo, se requieren recursos (financieros, físicos y humanos) para implementar fácilmente las soluciones y que estén disponibles donde sea necesario (Thomas et al., 2020). Para esto se necesitan modelos de pago alternativos que funcionen mucho mejor en tiempos normales, y que

sea lo suficientemente flexibles para ajustarse en tiempos de crisis como el que planteó la pandemia de COVID-19, la evidencia muestra que este tipo de modelos han tenido cierto éxito en reducir el gasto y mejorar la calidad (Chernew & Lee, 2020). Por ejemplo, los modelos de pago basados en la población le dan al sistema hospitalario y a los proveedores, la mayor flexibilidad para brindar una atención eficiente a un precio justo para los pacientes y rentable para los proveedores (Chernew & Lee, 2020).

Las lecciones aprendidas de la crisis económica han demostrado que las debilidades preexistentes del sistema de salud pueden exacerbar el impacto negativo de las recesiones en la salud, por lo que se requiere del desarrollo y ampliación de rutas alternativas para la prestación de servicios de salud que durante la pandemia debieron ser pospuestos (Thomas et al., 2020). Igualmente, la desinformación es un gran desafío por resolver, los sistemas de vigilancia, información y de intercambio de información en salud son el núcleo de la toma de decisiones basada en la evidencia disponible. Es necesario recuperar la motivación y la confianza de los pacientes, los profesionales de la salud y la sociedad en su conjunto, para enfrentar las crisis de salud (Legido-Quigley, Asgari, et al., 2020; Legido-Quigley, Mateos-García, et al., 2020; Thomas et al., 2020). El trabajo conjunto entre las organizaciones sociales y las instituciones del sector salud permite generar un sistema de apoyo y aumentar la capacidad de agencia, principalmente en territorios segregados (Chiara, 2020).

Es así como el estado de ánimo de las sociedades, los impulsos de los comportamientos sociales, la gestión de la gobernanza en aspectos de coordinación hu-

manitaria, y el fortalecimiento de la preparación y las manifestaciones sociales de colaboración y resiliencia a nivel comunitario e institucional son el reflejo de bitácoras orientadoras en la formulación y puesta en marcha de políticas públicas con elementos de innovación transformativa. El escenario post-COVID-19 es per se una transición que favorece en movimiento la formulación de políticas impulsoras de la creatividad y reconstituyentes de todos los capitales erosionados por esta pandemia; políticas incluyentes de intervenciones sectoriales, con mediciones innovadoras de la inversión pública, de corto plazo, con medidas reguladoras y centradas a los retos del desarrollo sostenible.

Con la teoría de las sindemias aparece la generación de acciones interdisciplinarias para identificar, probar y abordar la agrupación de enfermedades y desarrollar intervenciones exitosas para poblaciones vulnerables o afectadas (Singer et al., 2020). En este sentido, la sindemia ocasionada por la COVID-19 propone para la humanidad, la superación de los modelos que han estudiado fundamentalmente fenómenos económicos concentrados en el equilibrio y la optimización, teniendo problemas para representar dinámicas no-lineales como las que se dan en las transiciones. Por eso, y dada la relevancia del abordaje que presenta el marco de innovación transformativa, es importante la comprensión en el escenario post-pandemia de modelos que puedan capturar las intrincadas dinámicas de las transiciones, entre ellas, la emergencia de la resiliencia como una característica de experimentos en contextos a los que actualmente nos vemos abocados pero también, la realimentación entre los diferentes niveles, la co-evolución de los diferentes actores, la auto-organización, el aprendizaje de segundo orden, que son embebi-

das por la resiliencia y convierte aún más, estos sistemas socio-técnicos en sistemas complejos.

Teniendo en cuenta el mediano plazo y oportunidades económicas basadas en el bien común, esto es, con oportunidades de salir de la crisis de manera más verde y justa con estrategias de resiliencia comunitaria, social y estructural, de participación ciudadana, con acciones de política orientadas a nuevas interacciones eco sociales, nuevas compensaciones sociales y nuevas prácticas digitales para la cotidianidad, se requiere una alta disposición a la permanente experimentación. La post-pandemia, sin antecedentes iguales es un aliciente y un acicate de escenarios probados para enfrentar lo que está sucediendo. Esta no dejará de ser alerta a nuevos virus y sus respectivas afectaciones globales.

Finalmente, con la aparición de SARS-CoV-2/ COVID-19 (WHO, 2020), sabemos el origen de la pandemia, algo de su comportamiento, pero por su alta transmisibilidad nadie sabe el momento en que acabará. La emergencia de la innovación transformativa en Colombia impulsa nuevas posibilidades de comprender la generación de transiciones hacia sistemas socio técnicos sostenibles en la que desvelamos la resiliencia en, durante y después de la pandemia para la transformación de la participación como una apuesta solidaria social y responsable que puede encontrarse en las destrezas, las preferencias culturales, sanitarias y sociales de los nichos, especialmente para los que han sido tradicionalmente excluidos. Así las cosas, la advertencia a los gobiernos de todo el mundo no es ajena en Colombia, es el surgimiento imprevisible de nuevas crisis humanitarias y la necesidad de construir capacidades desde los territorios para mitigar sus efectos, y aprender a vivir con una nueva enferme-

dad, la COVID-19 (Lolas Stepke, 2020).

Sin inmunidad de rebaño, esta nueva enfermedad infecciosa comunitaria se tornará endémica, enfermará a la gente estacionalmente y con el tiempo muy probablemente se alcanzará un control sobre ella. Hoy sin duda ha generado una importante alteración del orden social, por la compleja interacción entre “noxas”, cuyo horizonte bioético, será el diálogo que supere los rótulos y los dilemas para la convivencia de la humanidad (Lolas Stepke, 2020).

Agradecimientos

A la **REDICONOS**, Red de Conocimiento con cinco años de existencia, conformada por académicos e investigadores formados en diversas disciplinas adscritos en universidades e institutos nacionales de la Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Medellín, Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín, Universidad Externado de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología y, Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA. REDICONOS interesada especialmente en los debates esenciales alrededor de los conceptos de Ciencia, Tecnología, Innovación, Sociedad, Artes, Humanidades y, su inherente relación con el desarrollo de comunidades científicas y epistémicas (redes de conocimiento, redes de políticas públicas, redes de innovación, redes académicas), preocupadas por responder a los planteamientos que surgen de la observación de políticas públicas, el desarrollo y uso de métricas de la Ciencia, la Tecnología, la Innovación y su impacto en la Sociedad.

Bibliografía

Benach, J., Pericàs, J. M., Martínez-Herrera, E., & Bolívar, M. (2019). Public Health and Inequities Under Capitalism: Systemic Effects and Human Rights. In J. Vallverdú, A. Puyol, & A. Estany (Eds.), *Philosophical and Methodological Debates in Public Health* (pp. 163–179). Springer Nature.

Boni, A., Belda-Miquel, S., & Pellicer-Sifres, V. (2018). Innovación transformadora. Propuestas desde la innovación social colectiva para el desarrollo humano. *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, 23, 67–94.

Boza Cordero, R. (2016). Orígenes del VIH/SIDA. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 6(4), 48–60.

Castells, M. (1999). *La era de la información: Economía, sociedad y cultura: la sociedad red*. Siglo XXI Editores Argentina S.A.

Chernew, M. E., & Lee, T. H. (2020, October 7). A Sustainable Post-Pandemic Health Care System Needs Adjustable Payment Models | Catalyst non-issue content. *NEJM Group*. <https://cutt.ly/6vpiFS6>

Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 28–39.

Corburn, J., Vlahov, D., Mberu, B., Riley, L., Teixeira Caiaffa, W., Faiz Rashid, S., Ko, A., Patel, S., Jukur, S., Martínez-Herrera, E., Jayasinghe, S., Agarwal, S., Nguendo-Yongsi, B., Weru, J., Ouma, S., Edmundo, K., Oni, T., & Ayad, H. (2020). Slum Health: Arresting COVID-19 & Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *Journal of Urban Health*.

COVID-19 in Latin America : a humanitarian crisis. (2020). *The Lancet*, 396(10261), 1463.

Djalante, R., Shaw, R., & DeWit, A. (2020). Building resilience against biological hazards and pandemics: COVID-19 and its implications for the Sendai Framework. *Progress in Disaster Science*, 6, 100080.

Escobar, A. (2007). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Fundación Editorial el perro y la rana.

Fuenfschilling, L., & Truffer, B. (2016). The interplay of institutions, actors and technologies in socio-technical sys-

tems-An analysis of transformations in the Australian urban water sector. *Technological Forecasting & Social Change*, 103, 298–312.

García, P. J., Alarcón, A., Bayer, A., Buss, P., Guerra, G., Ribeiro, H., Rojas, K., Saenz, R., de Snyder, N. S., Solimano, G., Torres, R., Tobar, S., Tucsca, R., Vargas, G., & Atun, R. (2020). COVID-19 Response in Latin America. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(5), 1765–1772.

Geels, F. (2011). The multi-level perspective on sustainability transitions: Responses to seven criticisms. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 1, 24–40.

Harris, M., & Boakye-Agyemang, M. C. (2020, June 1). *New Ebola outbreak detected in northwest Democratic Republic of the Congo; WHO surge team supporting the response*. World Health Organization. <https://cutt.ly/jvpiXpx>

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396.

Köhler, J., Geels, F. W., Kern, F., Markard, J., Onsongo, E., Wiecezorek, A., Alkemade, F., Avelino, F., Bergek, A., Boons, F., Fünfschilling, L., Hess, D., Holtz, G., Hyysalo, S., Jenkins, K., Kivimaa, P., Martiskainen, M., McMeekin, A., Mühlemeier, M. S., ... Wells, P. (2019). An agenda for sustainability transitions research: State of the art and future directions. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 31, 1–32.

Lal, A., Erondy, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2020). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 397(10268), 61–67.

Leach, M. (2017). *What is green? Transformation imperatives and knowledge politics*. In I. Scoones, M. Leach, & P.

Newell (Eds.), *EnvironmentThe politics of green transformations* (pp. 25–38). Routledge.

Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., Cook, A. R., Hsu, L. Y., Shibuya, K., & Heymann, D. (2020). Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10227), 848–850.

Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Regulez Campos, V., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). Helena Legido-Quigley: proponent of health systems strengthening. *The Lancet*, 5, e251–e252.

Lolas Stepke, F. (2020). Perspectivas bioéticas en un mundo en sindemia. *Acta Bioethica*, 26(1), 7–8. <https://acta-bioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/57347/60832>

McDowall, W. (2018). Disruptive innovation and energy transitions: Is Christensen's theory helpful? *Energy Research and Social Science*, 37, 243–246.

Misión Internacional de Sabios. (2020). *Colombia hacia una sociedad del conocimiento. Reflexiones y propuestas*.

Molina-Betancur, J. C., Martínez-Herrera, E., Pericàs, J. M., & Benach, J. (2020). Coronavirus disease 2019 and slums in the Global South: lessons from Medellín (Colombia). *Global Health Promotion*, 0(0), 1–5.

Neidhöfer, G. (2020, June 9). *Consecuencias de la pandemia del COVID-19 en las desigualdades sociales en el largo plazo. PNUD América Latina y El Caribe*. <https://cutt.ly/tvpi1e3l>

Patiño Grajales, P. J. (2020). *Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión. Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud*. Volumen 6.

Pellicer-Sifres, V., Belda-Miquel, S., Cuesta-Fernandez, I., & Boni, A. (2018). Learning, transformative action, and grassroots innovation: Insights from the Spanish energy cooperative Som Energia. *Energy Research and Social Science*, 42, 100–111.

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2004). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121–133.

Ramirez, M. (2020). *Nota Conceptual sobre los Experimentos en Política de Innovación Transformativa. HUB Latinoamericano y Caribeño de Innovación Transformativa*.

Ramirez, M., Hernando, J., Estevez, G., Yandy, O., Goyeneche, R., & Obando Rodriguez, C. E. (2020). Fostering place-based coalitions between social movements and science for sustainable urban environments: A case of embedded agency. *EPC: Politics and Space*, 38(8), 1386–1411.

Ramírez, M., & Vargas, L. P. (2018). *Orientaciones para la formulación de políticas regionales de innovación transformativa en Colombia*. University of Sussex, COLCIENCIAS.

Rana, W. (2015). Theory of Complex Interdependence: A Comparative Analysis of Realist and Neoliberal Thoughts. *International Journal of Business and Social Science*, 6(2), 290–297. www.ijbssnet.com

Sauermann, H., Vohland, K., Antoniou, V., Balázs, B., Göbel, C., Karatzas, K., Mooney, P., Perelló, J., Ponti, M., Samson, R., & Winter, S. (2020). Citizen science and sustainability transitions. *Research Policy*, 49(5).

Schot, J., Ghosh, B., & Bloomfield, G. (2020). *Conversations on COVID-19: Consequences for the Second Deep Transition and the Sustainability Revolution*. *Deep Transitions*. <https://cutt.ly/rvpi3GF>

Schot, J., & Steinmueller, W. E. (2018). Three frames for innovation policy: R&D, systems of innovation and transformative change. *Research Policy*, 47(9), 1554–1567.

Sharman, A., & Howarth, C. (2017). Climate stories: Why do climate scientists and sceptical voices participate in the climate debate? *Public Understanding of Science*, 26(7), 826–842.

Singer, M., Bulled, N., & Ostrach, B. (2020). Whither syndemics?: Trends in syndemics research, a review 2015–2019. *Global Public Health*, 15(7), 943–955.

Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). *Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies*. In *Health systems and policy analysis*.

United Nations. (2015). *Global Sustainable Development Report*. 2015 edition.

United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). (2019). *A Framework for Science, Technology and Innovation Policy Reviews: Harnessing Innovation for Sustainable Development* (J. Gal-Or (Ed.)). United Nations.

Vélez Agudelo, M. I., Chavarro Bohórquez, D. A., Hernández Tasco, A., Niño Mendieta, Á. M., Tovar Narváez, G. E., & Montenegro Trujillo, I. C. (2018). *Libro verde 2030: Política nacional de ciencia e innovación para el desarrollo sostenible*.

Witte, J. (2020, April 15). *Enfrentando el COVID-19 y cumpliendo los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una propuesta para la implementación del reporte de la Misión de Sabios en Colombia usando Política de innovación transformativa - TIPC*. Transformative Innovation Policy Consortium. <https://cutt.ly/lvpi6aK>

World Health Organization. (2020, October 16). WHO *Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization. <https://cutt.ly/EvpotGF>



Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"
Universidad de Antioquia

Medellín-Colombia

Marzo 2022

©



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3