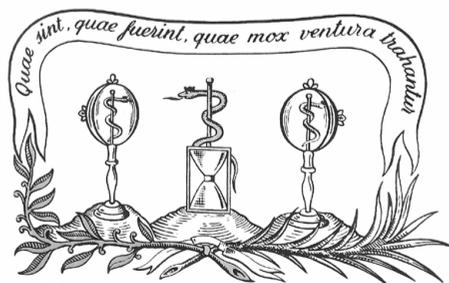


Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil, Eduardo Bueno (eds).

# ***Cuarenta historias*** **para una *cuarentena*:**

REFLEXIONES HISTÓRICAS SOBRE EPIDEMIAS Y SALUD GLOBAL



Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil, Eduardo Bueno (eds).

# ***Cuarenta historias para una cuarentena:***

**REFLEXIONES HISTÓRICAS SOBRE EPIDEMIAS Y SALUD GLOBAL**

Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2020

Tres meses después de la primera notificación de una neumonía en Wuhan (China) la Sociedad Española de Historia de la Medicina puso en marcha un blog *Epidemias y Salud Global. Reflexiones desde la historia*, para ofrecer información sólida y fundamentada sobre el pasado de los fenómenos epidémicos desde la Historia de la Medicina, la Historia de la Ciencia, otras disciplinas humanísticas y las Ciencias Sociales. Las reflexiones publicadas han tenido por objetivo ofrecer herramientas intelectuales que permitan, en lo posible, afrontar las inquietudes que genera la pandemia y darles una dimensión histórica, contextualizando la excepcionalidad de la situación. Los cuarenta ensayos publicados conforman las “Cuarenta historias para una cuarentena”, que dan título a este volumen. Se ofrecen aquí conjuntamente para facilitar su consulta y como testimonio de lo pensado desde “dentro” de la pandemia sobre otras epidemias y pandemias del pasado, las respuesta sanitarias y sociales actuales y pasadas y, por supuesto, la COVID-19.

**Autores:** Jon Arrizabalaga, María José Báguena Cervellera, Rosa Ballester Añón, Josep L. Barona, Josep Bernabeu-Mestre, Iris Borowy, Quim Bonastra, Eduardo Bueno, Montserrat Cabré i Pairet, Ricardo Campos, Ramón Castejón Bolea, Salvador Cayuela Sánchez, Josep M. Comelles, Marcos Cueto, Isabel del Cura, Carmel Ferragud, María Eugenia Galiana Sánchez, Xavier García Ferrandis, Francisco Garrido Peña, Araceli González Vázquez, Bertha M. Gutiérrez Rodilla, Jesús Armando Haro, Justo Pedro Hernández González, Rafael Huertas, Silvia Loyola, Francisco Javier Martínez, J. Ferran Martínez Navarro, Àlvar Martínez-Vidal, Luis Montiel, Luis Miguel Pino Campos, María Isabel Porras Gallo, Enrique Perdiguero Gil, José Luis Peset, Karina Ramacciotti, Esteban Rodríguez Ocaña, Marcelo Sánchez Delgado, María Jesús Santesmases, Carlos Taberner.

**ISBN:** 978-84-09-22447-0

**Portada:** A hospital plague ward: attendants wearing protective clothing including headmasks and gloves. Watercolour, 1915/1935 (?). Credit: [Wellcome Collection. Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

**Diseño:** Furious Koalas S.L.



Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

## ■ INTRODUCCIÓN

### ■ I. - LAS PALABRAS DE LA PANDEMIA

■ Epidemia y peste, historia de una confusión terminológica

*(Luis Miguel Pino y Justo Hernández González)*

■ El lenguaje, entre los efectos de la pandemia

■ *(Bertha M. Gutiérrez Rodilla)*

### ■ II. - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS SOBRE EPIDEMIAS Y PANDEMIAS

■ Caracterización histórica de las epidemias

*(Esteban Rodríguez Ocaña)*

■ De ayer a hoy. El comportamiento de los sanitarios en tiempos de epidemia

*(Carmel Ferragud)*

■ Morir en tiempos de epidemia

*(Carmel Ferragud)*

■ Entre la gestión de la epidemia y el mantenimiento de la tranquilidad.

El coronavirus y los modelos de gestión de las epidemias de la era prebacteriológica

*(Quim Bonastra)*

■ Del siglo de las fiebres a los tiempos de la COVID-19:

clima, enfermedad y estacionalidad

*(Eduardo Bueno)*

■ Epidemias y guerras (I y II)

*(Francisco Javier Martínez)*

■ Una relectura de la pandemia de gripe de 1918-1919 en tiempos de la COVID-19

*(María Isabel Porras Gallo)*

- **¿Una herida invisible? Epidemia y pensamiento local sobre los *ÿnÿn* en Marruecos**  
*(Araceli González Vázquez)*
- **El tifus exantemático en la España de posguerra (1941-1943):  
¿un *déjà vu* en tiempos del coronavirus?**  
*(Xavier García Ferrandis y Àlvar Martínez-Vidal)*
- **Enfermedad y desigualdad social:  
la epidemia de latirismo en la posguerra civil española**  
*(Isabel del Cura y Rafael Huertas)*

### ■ **III.- LA MUNDIALIZACIÓN DE LA SALUD**

- **Pandemias y mundialización de la salud (I y II)**  
*(Esteban Rodríguez Ocaña)*
- **La perspectiva histórica de la dimensión social de las epidemias en la lucha  
contra la COVID-19**  
*(Josep Bernabeu-Mestre y María Eugenia Galiana Sánchez)*
- **La historia de la Organización Mundial de la Salud**  
*(Marcos Cueto)*

### ■ **IV.- CONTROL, PREVENCIÓN, Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

- **El «portador asintomático» en perspectiva histórica: el caso de Typhoid Mary**  
*(Jon Arrizabalaga)*
- **El seguimiento de contactos como estrategia de control de las enfermedades  
venéreas: lecciones de nuestro pasado**  
*(Ramón Castejón Bolea)*

- **A vueltas con las encuestas sobre seroprevalencia: cuándo, cómo y por qué se iniciaron**  
*(María Isabel Porras Gallo, María José Báguena Cervellera y Rosa Ballester Añón)*
- **A la búsqueda de soluciones en tiempos de pandemia. La vacuna contra el cólera de Jaime Ferrán**  
*(María José Báguena Cervellera)*
- **Vacunas y panacea. A propósito de la erradicación de las enfermedades infecciosas**  
*(Esteban Rodríguez Ocaña)*
- **El extraño año 2020. Entre el 40 aniversario de la erradicación de la viruela y la busca de la vacuna contra la COVID-19**  
*(Ricardo Campos)*
- **Las unidades de medicina intensiva como respuesta tecnológica y humanitaria a las epidemias de poliomielitis de mediados del siglo XX**  
*(Rosa Ballester Añón)*

## ■ **V.- REFLEXIONES SOBRE LA COVID-19**

- **La COVID-19, una enfermedad emergente**  
*(J. Ferran Martínez Navarro)*
- **Reflexiones biopolíticas en torno a la COVID-19**  
*(Salvador Cayuela Sánchez)*
- **La cara B de las epidemias: a propósito del control social**  
*(Rafael Huertas)*
- **Sobre las ciencias y la COVID-19**  
*(Enrique Perdiguero-Gil)*
- **Temporalidades del laboratorio y la clínica**  
*(María Jesús Santesmases)*

■ **¿La bolsa o la vida? Doce enseñanzas de urgencia sobre la pandemia.**  
*(Francisco Garrido Peña)*

■ **Cuatro notas sobre la pandemia**  
*(Josep L. Barona)*

■ **COVID-19: ¿Lecciones del pasado?**  
*(Iris Borowy)*

■ **La pandemia y la crisis de una cultura sanitaria**  
*(Josep M. Comelles)*

■ **Paciente 0. La invención del culpable**  
*(Silvia Loyola)*

■ **«A la buena de Dios».**  
**Comunidades indígenas en México ante la pandemia de la COVID-19.**  
*(Jesús Armando Haro)*

■ **Chile y la COVID-19:**  
**el caso de un Estado mínimo y de un gobierno sin legitimidad política**  
*(Marcelo Sánchez Delgado)*

## ■ **VI. - MUJERES, GÉNERO Y EPIDEMIAS**

■ **Jerarquías del cuidado y representación simbólica de la enfermedad epidémica**  
*(Montserrat Cabré i Pairet)*

■ **Virus y género: coronas y microscopios en la era antibiótica**  
*(María Jesús Santesmases)*

■ **La enfermería argentina en tiempos de crisis sanitaria**  
*(Karina Ramacciotti)*

## ■ VII.- EPIDEMIAS Y FICCIÓN

- Dos actitudes ante la reclusión en tiempos de epidemia bajo el microscopio emocional de la literatura

*(Luis Montiel)*

- De nuevo, en «estado de sitio»

*(José Luis Peset)*

- Primavera silenciosa en el planeta COVID-19

*(Carlos Taberero)*



## INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019 la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notificó una serie de casos de neumonía en la ciudad. Poco podíamos imaginar que esa noticia iba a marcar trágicamente el año 2020. Al principio, de manera imperceptible, los acontecimientos se sucedieron y tomaron paulatinamente una dimensión insospechada aquel último día del año. Apenas iniciado el 2020 se determinó que los casos de neumonía estaban causados por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), cuya secuencia genética se dio a conocer el 12 de enero. Escasos días después ya se detectaron casos fuera de China, pero el problema se percibió como algo lejano y ajeno, limitado a aquel país. El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS), en aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de 2005 declaró que el brote del nuevo coronavirus constituía una Emergencia Sanitaria de Importancia Internacional, dado que había un total de 7.818 casos confirmados en todo el mundo. Si bien la mayoría de ellos estaban en China, 82 aparecieron en otros 18 países. Para entonces, China ya había aislado totalmente la ciudad de Wuhan –en la que se construyó un hospital en 10 días para los afectados por el nuevo virus–, y extendido las restricciones a varias ciudades de la provincia de Hubei. A mediados de febrero empezaron las señales de alarma en Italia, donde se produjo el primer brote europeo y se tomaron las primeras medidas de confinamiento de la población fuera de China. El 11 de marzo la OMS declaró el estado de pandemia global ante el aumento de casos y muertes en numerosos países. El 14 de marzo se decretó el estado de alarma en España. La lejana epidemia de principios de enero era a mediados de marzo una pandemia que afectaba duramente a Europa. Los memes y bromas que recorrían las redes sociales comenzaron a dejar paso a otro tipo de recreaciones, marcadas por la tragedia que estaba cerniéndose sobre suelo europeo. Los contagios y las muertes se extendían por todo el mundo y los gobiernos de muchos países ordenaban el confinamiento de la población. Siete meses después, mediado julio, cuando escribimos estas líneas, los casos confirmados en todo el mundo superan los 11 millones y los decesos atribuidos a la COVID-19 son más de 500.000. El desarrollo de la pandemia, parcialmente controlada en los países que se vieron afectados al inicio, continúa en otras

partes del globo y lo que puede ocurrir en los próximos meses y años es difícil de predecir. La magnitud de lo que en un futuro será el conjunto de la pandemia de la COVID-19 es, por tanto, desconocida.

Desde que se percibió la gravedad del problema, incluso cuando se consideró restringido a una parte de China, las redes sociales, con todas sus ventajas y defectos, permitieron un seguimiento en directo de lo que venía ocurriendo y los medios de comunicación de masas fueron otorgando cada vez mayor relevancia a la infección producida por el virus. La excepcionalidad de lo que estaba ocurriendo fue acaparando el interés informativo. Muy pronto se buscaron antecedentes históricos, paralelismos con el pasado, reflexiones sobre las lecciones que aprender a partir de lo ocurrido en tiempos pretéritos. La pandemia de gripe de 1918-1919, mal llamada española, fue el referente más citado, por sus decenas de millones de afectados y los millones de muertos, cifras sobre las que es difícil ofrecer una valoración aquilatada. También la pandemia de peste negra (1347-1353) concitó interés. Otras pandemias más recientes no han merecido tanta atención, como la llamada gripe asiática (1957-1958) o la denominada gripe de Hong-Kong (1969), a pesar de que causaron millones de muertos.

Las razones del interés por las pandemias y epidemias del pasado por parte de los medios de comunicación son múltiples. Se compara lo que está pasando con lo que aconteció para tener referentes, para valorar la dimensión de lo que ocurre, para tratar de aprender de los errores y aciertos de las estrategias que se usaron ante otras situaciones análogas. Incluso se busca un cierto sentido de continuidad. Por muy terribles que fueran aquellos contagios, la humanidad salió adelante, como ha ocurrido con grandes catástrofes naturales, guerras, genocidios... Se produce una cierta fascinación con la enormidad de las calamidades del pasado y con las posibilidades de victoria sobre las mismas, utilizando la tan manida terminología bélica.

La proliferación en prensa, radio y televisión de artículos, reportajes y referencias a la historia de las epidemias, algunos rigurosos, la mayoría muy superficiales –cuando no desenfocados– supuso que la Sociedad Española de Historia de la Medicina se plantease abrir un canal de comunicación para ofrecer información sólida y fundamentada sobre el pasado de los fenómenos epidémicos desde la Historia de la Medicina, la Historia de la Ciencia, otras disciplinas humanísticas y las Ciencias Sociales. Así, a finales de

marzo, nació el blog [◉ \*Epidemias y Salud Global. Reflexiones desde la historia\*](#) que publicó su primera entrada el 1 de abril, con el país confinado y sumido en la alarma, el miedo y la incertidumbre. Las reflexiones que desde la historia y otras disciplinas se han venido publicando en el blog tienen por objetivo, precisamente, ofrecer herramientas intelectuales que permitan, en lo posible, afrontar tales inquietudes y darles una dimensión histórica que permitan contextualizar la excepcionalidad de la situación. El formato, un blog, se eligió por su versatilidad para llegar a un público amplio, no necesariamente experto. Sus entradas pretenden tener un tono ensayístico, sin los corsés de la comunicación académica, pero sin renunciar al rigor. Tres meses después de la puesta en marcha del proyecto, podemos afirmar que han aportado reflexiones muy variadas y enriquecedoras sobre las epidemias y pandemias en la historia, relacionando estas con nuestro complejo e incierto presente. Los cuarenta ensayos publicados (algunos dobles), conforman las «Cuarenta historias para una cuarentena», que dan título a este volumen. Así, este libro es el resultado de la compilación de lo publicado en el blog, que se ofrece aquí conjuntamente para facilitar su consulta y como testimonio de lo pensado desde «dentro» de la pandemia sobre otras epidemias y pandemias del pasado, las respuestas sanitarias y sociales actuales y pasadas y, por supuesto, la COVID-19. Además, creemos que este volumen puede resultar de interés para futuras investigaciones y como material docente para la enseñanza a distintos niveles.

El blog no solo recoge los ensayos que aquí publicamos. Pareció útil facilitar el acceso a reflexiones provenientes de otros medios, en general más adheridas a la actualidad de cada momento. Más de cuarenta de estas piezas, contextualizadas, están accesibles a través de la sección [◉ \*Actualidad comentada\*](#) del blog. Así mismo, se consideró oportuno dar noticia de otras iniciativas que, desde sociedades científicas, editoriales, organismos de investigación, etc., se han ido poniendo en marcha con el fin de aportar herramientas que permitan entender los diversos ángulos de la pandemia. Todo este caudal de información está accesible en la sección [◉ \*Recursos\*](#), con una treintena de entradas. De entre lo editado vale la pena subrayar las compilaciones de artículos publicados sobre variados aspectos de la historia de la enfermedades infecciosas en las revistas [◉ \*Asclepio\*](#), [◉ \*Dynamis\*](#) y [◉ \*Farmacía, Medicina & Historia\*](#); reseñas acerca de la produc-

ción más reciente sobre las epidemias desde la [◉ Antropología](#) y la [◉ Sociología](#); y el acceso a iniciativas similares a la desarrollada por la Sociedad Española de Historia de la Medicina (en el apartado [◉ De interés](#)) como las promovidas por la Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, la revista *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, y la red temática Quarantine Studies Network.

Los ensayos publicados en el blog abordaron aspectos de lo más diverso, como corresponde a una situación tan compleja, y fueron apareciendo según iban llegando a su redacción, por propia iniciativa de sus autores o a instancias de los editores. Para su publicación en este volumen resulta más conveniente agruparlos en apartados temáticos, aunque algunas contribuciones podrían estar en categorías diferentes a la asignada o en varias categorías.

El primer bloque, **«Las palabras de la pandemia»**, reflexiona sobre la terminología de la misma, tanto en lo que se refiere a los términos clásicos (epidemia, peste), como a los generados por la COVID-19.

Un segundo apartado, **«Perspectivas históricas sobre epidemias y pandemias»**, recoge ensayos que se ocupan de los fenómenos epidémicos desde un punto de vista histórico. Los textos de este bloque aportan perspectivas generales sobre las epidemias que permiten entender características comunes, continuidades y discontinuidades. Otros se centran en determinadas etapas históricas (edades Media y Moderna), en enfermedades concretas (gripe, latirismo) y en la relación de las enfermedades infecciosas de carácter epidémico con los conflictos bélicos. También incluye un trabajo de Antropología Histórica dedicado al conocimiento local de las epidemias.

La progresiva toma de conciencia de la dimensión global de las enfermedades infecciosas y los mecanismos y organizaciones puestos en marcha para poder abordarla son el objeto de las contribuciones que conforman el tercer apartado, titulado **«La mundialización de la salud»**. En él, se analizan las sucesivas conferencias internacionales, los reglamentos sanitarios internacionales, el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y el desarrollo de la Organización Mundial de la Salud.

El cuarto bloque, **«Control, prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas»**, incluye análisis históricos dedicados a reflexionar sobre las medidas puestas en marcha para controlar las enfermedades infecciosas

desde finales del siglo XIX: seguimiento de casos, vacunas y encuestas de seroprevalencia, así como un ensayo sobre medidas terapéuticas una vez se ha contraído la infección, como fue el caso del desarrollo de las unidades de medicina intensiva frente a las epidemias de polio de mediados del siglo XX.

En el apartado quinto, **«Reflexiones sobre la COVID-19»**, se ofrecen perspectivas desde muy diversas disciplinas: la Historia, la Filosofía, el Derecho, los Estudios Sociales sobre la Ciencia, la Antropología, la Sociología y la Economía. Otros ensayos se refieren a países como Chile, Perú y México a los que la pandemia llegó más tarde, pero con similar virulencia, y que cuando escribimos estas líneas atraviesan momentos muy difíciles.

El sexto bloque, **«Mujeres, género y pandemias»**, aglutina contribuciones que reflexionan sobre género y medicina y sobre las aportaciones de las mujeres a los sistemas de salud. En este sentido, nos parece importante señalar que en el ámbito de la historia de las epidemias no disponemos todavía de muchas investigaciones que hagan aportaciones relevantes desde estas perspectivas, y menos todavía procedentes del área hispánica y latinoamericana, por lo que aquí publicado resulta especialmente novedoso.

El último apartado, **«Epidemias y ficción»**, está constituido por aportaciones que nos permiten saber cómo han sido tratadas las epidemias en la ficción tanto literaria como cinematográfica. Estos textos nos permiten acercarnos a un aspecto muy relevante de lo que estamos viviendo: la percepción sociocultural de la pandemia, para cuya valoración, al estar inmersos en ella, no tenemos todavía la suficiente distancia. Sin posibilidad de conocer cuál será, finalmente, la magnitud de lo que ocurre, no hay modo de saber cuál será la huella que dejará la enfermedad en las sociedades de todo el globo. Lo que la literatura y el cine muestran de otros contagios reales o imaginados es una ventana para explorar lo que hoy nos desasosiega.

Todo lo publicado en el blog, aquí compilado, es obra de especialistas que han realizado investigaciones históricas sobre las enfermedades infecciosas o reflexionan desde sus disciplinas sobre lo que viene suponiendo la pandemia de la COVID-19. La formulación final de los textos se ha beneficiado de la revisión llevada a cabo por el comité editorial del blog, constituido por Jon Arrizabalaga, Profesor de Investigación de la Institución Milá y Fontanals de Investigación en Humanidades (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Barcelona), María Isabel Porras, Catedrática de Historia de la

Ciencia en la Universidad de Castilla-La Mancha (Facultad de Medicina de Ciudad Real) y Esteban Rodríguez Ocaña, Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada. Su trabajo meticuloso ha sido muy valioso y nos ha facilitado enormemente la tarea a los que, constituidos como comité de redacción, también hemos cuidado del flujo de la información y de la aparición casi diaria de entradas.

Concluimos agradeciendo el trabajo a los casi cuarenta autoras y autores que han contribuido de manera desinteresada con sus escritos, adaptándose a los plazos que exigía la premura de la publicación, suministrando imágenes que forman parte de sus argumentos (todas ellas continúan accesibles en su entrada correspondiente del blog), sugiriendo otros posibles temas y colaboraciones y, en definitiva, haciendo posible, con su generosidad, tanto el blog como este libro. Su estimulante trabajo, su entusiasmo, ha sido un acicate continuo para los que hemos pilotado esta empresa colectiva.

**Ricardo Campos**

*Presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina.  
Científico Titular. Instituto de Historia.  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.*

**Enrique Perdiguero-Gil**

*Catedrático de Historia de la Ciencia.  
Instituto Interuniversitario López Piñero.  
Universidad Miguel Hernández.*

**Eduardo Bueno**

*Profesor Ayudante Doctor de Historia de la Ciencia.  
Instituto Interuniversitario López Piñero.  
Universidad Miguel Hernández.*

# AS PALABRAS DE

## I. - LAS PALABRAS DE LA PANDEMIA



# Epidemia y peste, historia de una confusión terminológica<sup>1</sup>

Luis Miguel Pino Campos

*Universidad de La Laguna*

Justo Pedro Hernández González

*Universidad de La Laguna*



## 1. EL TÉRMINO EPIDÊMÍA ENTRE EL CORPUS HIPPOCRATICUM Y GALENO

El significado original de la palabra *epidêmía* es «visita», «llegada a un lugar». En este sentido Platón lo usa en varios pasajes como el que reza: «ni bien acabó con él, sus hermanos le contaron cuál era el motivo de nuestra presencia; él me reconoció, pues me recordaba de mi anterior *visita*»<sup>2</sup>. El orador Demóstenes lo entiende como «inmigración»<sup>3</sup>. Otras veces se refiere a la «llegada» de un Emperador<sup>4</sup>.

Entre los médicos *epidêmía* se relaciona con enfermedad, porque es algo que viene desde fuera hacia dentro, una llegada a una ciudad o población. Veamos algunos de los múltiples sentidos del término. El de *visita* tiene por sí solo una doble aplicación técnica: «visita de un médico a una ciudad», ya sea para buscar trabajo, ya sea para ampliar su experiencia; o «estar de pa-

---

1. Excerpta de Pino Campos, L.M. y Hernández González, J.P. (2008). © [En torno al significado original del vocablo griego epidêmía y su identificación con el latino pestis](#). *Dynamis*, 28, 199-215.

2. Platón (1988). *Parménides* 127.a.5. Madrid: Biblioteca Clásica Gredos 117 [Edición de J. Burnet, Oxford Classical Texts (OCT), 1967r. Traductora: María Isabel Santa Cruz], p. 30.

3. Demóstenes (1983). *Discursos privados LIX*, 36.6. Madrid: Biblioteca Clásica Gredos 65 [Edición de S. H. Butcher y W. Rennie, (OCT), 1966-1967r. Traductor: José María Colubí], p. 296.

4. Dittenberger, W. (1986). *Orientalis Graeci Inscriptiones Selectae 517.7.2 Bände*. Hildesheim: *Nachdruck Olms*. *Herodiano* 2.14.1. Lidell, H., G., Scott, R. y Jones, H., S. (1983). *Greek-English Lexicon*. Oxford: OUP, p. 630.

so», «ser cogido por sorpresa y repentinamente»<sup>5</sup>. Por tanto, este doble significado podría aplicarse a aquellas enfermedades pasajeras, *que pasan* o que son transitorias, que afectan durante un tiempo o que son inesperadas. José Alsina, en referencia a ese tratado hipocrático, explica que las *Epidemias* son fichas de la historia clínica llevadas a cabo a lo largo de la ruta itinerante que ha recorrido su autor. Su traducción más correcta sería «notas de viaje»<sup>6</sup>.

Estos datos, por tanto, avalan el significado original de epidemia como «visita», «visita» del médico al paciente o viceversa. Además, en latín *visitatio*, que significa «visita», derivado del verbo *visito*, «visitar», y este, a su vez, de *viso*, «ver» e «ir a ver», permanece vigente aún en algunas expresiones inglesas bajo el término *visitation*, con un viejo sentido de enfermedad divina. Parece evidente que la palabra latina *visitatio* traduciría literalmente el significado originario de la palabra griega *epidēmía*, es decir, «visita», y que así se aplicaría desde las primeras traducciones latinas de los textos hipocráticos (siglos V y IV a. C.).

Esta visión nosocéntrica e yatrocéntrica ha convertido la interpretación del título de uno de los tratados hipocráticos más importantes, el titulado *Epidêmiôn Biblía Heptá* (Siete libros de epidemias o de visitas), en un auténtico rompecabezas. Las enfermedades «naturales» eran consideradas «individuales» por afectar de forma específica a cada paciente y se originaban a causa de su dieta o régimen de vida. Las enfermedades «epidémicas» afectaban a muchos pacientes por igual y al mismo tiempo, y se originaban por algo nocivo *que llegaba* en el aire que todos irremediablemente tenían que respirar. Setecientos años después, Galeno (s. II d. C.), en sus *Comentarios al libro de Hipócrates titulado Sobre la naturaleza del hombre*, introduciría una subdivisión en el segundo tipo, las «epidémicas», porque en la copia que manejaba se distinguía entre «epidémicas pestilentes» y «epidémicas no pestilentes», si bien reconocía que esa subdivisión no correspondía a la doctrina de Hipócrates.

---

5. García Novo, E. (Ed.). (1989). Introducción. En: *Tratados hipocráticos. Vol. V. Epidemias* (pp. 8-9). Madrid: Biblioteca Clásica Gredos 126.

6. Alsina, J. (1982). *Los orígenes helénicos de la medicina occidental*. Barcelona: Guadarrama, pp. 21-22.

## 2. LA PESTE

El término «peste», deriva del latín *pestis* cuya etimología permanece desconocida. Los griegos utilizaban el vocablo *loimós*. Los usos semánticos del término latino *pestis* en diferentes contextos («peste», «ruina», «destrucción», «plaga», «azote» y «epidemia» o enfermedad contagiosa) han favorecido la confusión posterior entre los términos estudiados. Con todo, lo que sí parece claro es la sinonimia entre «peste» y «pestilencia» en la mayoría de los idiomas europeos.

Contrariamente a lo que pudiera pensarse, la locución *Peste Negra* comúnmente utilizada para designar la gran epidemia de peste acaecida a mediados del siglo XIV es anacrónica, pues comenzó a emplearse siglos más tarde. Aun siendo su origen enigmático, esta expresión se ha relacionado con la latina *atra mors*<sup>7</sup>. Se piensa que fueron cronistas daneses y suecos los que la acuñaron en el siglo XVII<sup>8</sup>. Así, el historiógrafo danés Hans Isaksen (1571-1639) fue el primero en usarla en un texto escrito (1631), considerándola el nombre popular de la pestilencia maligna que asoló la Europa de la Baja Edad Media. Sin embargo, por el tenor del texto, se ve que Isaksen mencionó ya a cronistas anteriores que llamaban así a la peste debido a sus consecuencias, aunque no se hayan conservado documentos previos<sup>9</sup>. Por otra parte, esa locución latina, vertida al sueco (*swarta döden*) aparece ya en 1555 y al danés (*den sorte Doed*) en 1601<sup>10</sup>. Por tanto, dicha expresión, al menos en esas lenguas, es probable que derive de una translación rígida y meramente apegada a la letra de la expresión latina *pestis atra* o *atra mors*<sup>11</sup>.

---

7. *Atra mors* se encuentra en textos de Lucrecio, Virgilio y Séneca en los que estos autores hacen referencia a varios tipos de pestilencias. D'Irsay, S. (1926). Notes to the origin of the expression "Atra Mors". *Isis*, 8(2), 328-332.

8. Herlihy, D. y Cohn, S. (1997). *The Black Death and the transformation of the West*. Cambridge (Mass.)-London: Harvard University Press, p. 19-20.

9. Pontanus, J.I. (1631). *Rerum Danicarum Historia...* Amsterdam: Sumptibus Ioannis Ianssonii, p. 476. D'Irsay, S. (1926). Notes to the origin of the expression "Atra Mors". *Isis*, 8(2), 328.

10. Reichborn-Kjennerud, I. (1948). Notes and Queries: Black Death. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 3, 359-360.

11. Ziegler, P. (1969). *The Black Death*. London: Collins, pp. 17-18.

Tampoco existe evidencia de que *Black Death* se utilizase popularmente en lengua inglesa antes del siglo XVIII. Se empleó entonces para distinguir la peste de 1348-1350 de la *Great Plague* de Londres de 1665.

### **3. AD FONTES: LAS VERSIONES HUMANISTAS DEL VOCABLO EPIDÊMÍA**

A pesar del esfuerzo de depuración filológica del galenismo humanista, los médicos no tradujeron acertadamente el título del tratado hipocrático *Epidêmiôn Biblía Heptá*. En efecto, su versión latina del libro no manifiesta en absoluto lo que el título de este debería indicar, esto es, «Siete libros de visitas» [médicas], sino que habla de enfermedades epidémicas, populares o comunes (*De morbis popularibus*). Realmente se están refiriendo al sentido médico actual. ¿Por qué? Una hipótesis tendría que ver con el uso por parte de estos autores de una clave hermenéutica externa al famoso tratado. Las traducciones latinas de los tratados médicos griegos se perdieron en la misma Antigüedad y es posible que ya entonces se hubiera perdido también la conciencia de que en la lengua griega el título de ese tratado se refería solamente a las visitas de unos médicos a sus pacientes, suplantándose en el término *epidêmía* su significado originario por el de uno de los dos tipos de enfermedades, a saber, las enfermedades colectivas o comunes, denominadas abreviadamente con el término griego «epidémicas» o «por causa de una epidemia» en razón de su atribución a la *visita* de algo nocivo que llegaba de fuera por el aire y que se introducía en el cuerpo al respirar.

### **4. CONCLUSIONES**

Por lo general el término griego *epidêmía* no se tradujo al latín en su uso común. En cambio, en el ámbito médico ese vocablo griego que formaba parte del título de un importante tratado hipocrático se vertió al latín como *morbis popularis* o *vulgaris*.

La historiografía médica ha puesto de relieve, con razón, que el *Libro de las epidemias* es el primer texto que consigna historias clínicas completas; sin embargo, no ha relacionado el sentido originario de su título (epidemia como visita del médico a sus pacientes) con su contenido (una valiosa colección de historias clínicas).

Por todo lo apuntado y sobre todo por esta mala traducción de «epidemia», esta ha acabado con identificarse en la práctica con la peste o pestilencia y ambos serán términos polisémicos e inespecíficos. Un buen ejemplo actual de este hecho es la disciplina Epidemiología, que se consagra al estudio de la frecuencia y distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas.

◉ *Luis Miguel Pino Campos*

*Catedrático de Filología Griega de la Universidad de La Laguna.*

◉ *Pedro Justo Hernández González*

*Profesor Titular de Historia de la Ciencia en la Universidad de La Laguna.*

# El lenguaje, entre los efectos de la pandemia

Bertha M. Gutiérrez Rodilla

*Universidad de Salamanca*



Las palabras tienen su propia vida. Hay algunas, como mesa, silla, cama o cuchara que no pertenecen a una época concreta, no se relacionan con el tiempo en que se diseñaron los objetos a los que designan, sino que han dado el salto hasta convertirse en universales. Es decir, sus equivalentes se hallan presentes en numerosas lenguas y, además, lo están desde hace siglos, pues es habitual que muchos de los que han vivido en ellos hayan utilizado con absoluta normalidad los citados objetos.

Otras palabras, en cambio, asaltan por sorpresa, de la noche a la mañana, a los hablantes, porque empiezan a aparecer de repente y lo harán ininterrumpidamente durante un tiempo en los medios, la prensa, la televisión, las redes sociales..., como ha sucedido durante la situación *coronavírica* que nos ha tocado vivir. Esos hablantes se hartarán de oírlas y se verán obligados a emplearlas, sin siquiera saber de muchas de ellas ni su origen ni su significado. A pesar de esta manera tan súbita de presentarse, entre ellas no serán pocas las que ya existían, las que surgieron en otras circunstancias en el pasado, que fueron utilizadas cientos de veces en los textos y permanecen atesoradas en los diccionarios. Algunas de ellas, auténticos términos científicos o técnicos que solo manejaban los especialistas de cada ámbito. Otras, sin embargo, serán de nuevo cuño, fruto natural del vigor de las lenguas, de la creatividad de sus hablantes y, en ocasiones, del peso que ejercen sobre las demás, las lenguas dominantes en cada momento. En el presente, el inglés.

No hay que romperse mucho la cabeza para darse cuenta de que el uso de voces como *desescalada*, con su *escalada* previa, forma parte de estas últimas, donde cualquier hispanohablante emplearía ir ‘reduciendo’, ‘disminuyendo’, ‘rebajando’ o ‘bajando’ de un modo gradual por ejemplo, para *deses-*

*calar* algo y ‘aumentándolo’, ‘intensificándolo’, ‘ganando’ o ‘subiendo’ para *escalarlo*. Como tampoco hay que ser muy perspicaz para entender que *COVID-19* no es un acrónimo que responda a unas voces españolas, sino inglesas: **Coronavirus disease 2019**, es decir, la enfermedad producida por el coronavirus del 2019. En concreto, por el virus *SARS-CoV-2*<sup>1</sup>. Cabría usar la forma españolizada, *ECOVI-19* (la E correspondería a «enfermedad» por sustitución de la D de *disease*), y hasta acuñar un neologismo en español para denominar dicha enfermedad (*¿covidia?*, *¿covidismo?*), pero el éxito de cualquier *hispanismo* a estas alturas del cuento sería escaso. Otro acrónimo del que no hace falta desvelar que su origen se halla en el inglés es ese SARS citado, formado a partir de *Severe Acute Respiratory Syndrome*. Es decir, un síndrome respiratorio agudo que, en español, nunca sería *severo*, sino *grave*, por más que los profesionales sanitarios hispanohablantes se empeñen desde hace unos años en calificar las enfermedades o los síndromes con un adjetivo como *severo*, que solo puede aplicarse en español a la rígida, dura o rigurosa disciplina que impone un padre, un profesor o una institución, por ejemplo.

Pero, como decía, son muchas, asimismo, las denominaciones y expresiones que surgen en los momentos de *crisis* –así ha sucedido también con el coronavirus– como resultado de la fuerza creativa de los hablantes llevados por las posibilidades lúdicas que ofrecen las lenguas. A este grupo pertenecerían los mil y un nombres, por ejemplo, que se le han dado, generalmente en el registro coloquial, al propio virus –*cabronavirus*, *confinavirus*, *coronabicho*, *coronillavirus* o *mierdavirus*, serían algunos de ellos– y a otras realidades presentes en el momento álgido de la pandemia –*balconazis*, *corinavirus*, *coronaplausos*, *resistireners* o *covidnoicos*, por espigar solo algún ejemplo–. No son pocos los que, de estos nombres, empiezan a ser protagonistas de entradas de blog<sup>2</sup> y se recogen en improvisados glosarios o *covidiccionarios*<sup>3</sup>. La mayoría de estos vocablos, ágiles y sugerentes, desaparecerá a la misma velocidad a la

---

1. Gonzalo, C. (10 de marzo de 2020). © [COVID-19 es femenino, queridos míos](#), *El nanoblog del Gonz.*

2. Navarro González, F. (25 de mayo de 2020). © [El lenguaje en tiempos de covid](#). *Diario Médico*.

3. © [Covidcionario](#), © [Glosario de COVID-19](#) o © [Términos del coronavirus](#), entre otros.

que apareció, aunque tal vez alguno logre quedarse. Algo, que les resultará más fácil a los que, a pesar de haberse creado bajo el Imperio de la *COVID-19*, no responden a la espontaneidad de los hablantes, sino a la imposición de las autoridades, como podría ser el caso de la *infodemia* o de la *nueva normalidad*.

Más allá de las neopalabras y neoexpresiones *covidianas* y de los préstamos mal adaptados derivados de la hegemonía del inglés y de nuestra pérdida de espíritu crítico ante él, lo cierto –tal vez también lo llamativo– es que no son ellos los que más interés han despertado. Así, cuando se decretó el *estado de alarma* y las autoridades buscaban al *paciente cero* y pregonaban la *distancia social*; cuando los sanitarios se pegaban por un *EPI* en condiciones y experimentaban con la *hidroxicloroquina* o el *remdesivir*; cuando proliferaban los *capitanes a posteriori* y unos nuevos *terraplanistas* discutían sobre *murciélagos*, *pangolines* o el *5G*; y cuando la población se lanzaba a conseguir el *pico de la curva*, o mejor, su *aplanamiento*, se rociaba sin parar con *geles hidroalcohólicos* y se fabricaba con lo que podía –ayudada por los infinitos *tutoriales de guasap*– las más exóticas *mascarillas* –en Hispanoamérica también *barbijos*, *cubre bocas*, *tapabocas* y *nasobucos*–; entonces, cuando todo esto pasaba, las palabras que mayor curiosidad causaban no eran tanto las voces de última hora, sino aquellas que contaban con una cierta tradición en español. A este respecto resulta muy ilustrativo, según lo ha señalado la propia Real Academia Española<sup>4</sup>, que el diccionario en línea de esta institución haya roto todos sus récords superando los 100 millones de consultas desde que la *COVID-19* llegó hasta nosotros: *altruismo*, *análisis*, *asepsia*, *asintomático*, *bulo*, *contagiar*, *contingencia*, *cuidar*, *diezmar*, *disnea*, *endemia*, *enfermedad*, *epidemia*, *exacerbar*, *febrícula*, *fómite*, *héroe*, *hipocondría*, *hisopo*, *infectar*, *inocuo*, *intubar*, *lejía*, *letargo*, *medicar*, *mitigar*, *morbilidad*, *morgue*, *neumonía*, *ralentizar*, *remittir*, *resiliencia*, *resistir*, *respirador*, *salud*, *sesgo*, *solidaridad*, *triaje*, *virólogo*, *virtual*, *virus* o *vulnerable*, son solamente algunas de ellas.

Las que encabezan la clasificación, las tres más buscadas en el diccionario académico, han sido *cuarentena*, *confinamiento* y *pandemia*, ninguna de las cuales se ha creado en épocas recientes. Así, *cuarentena* se utiliza en

---

4. Real Academia Española. (14 de mayo de 2020). [© El Diccionario de la lengua española alcanza su récord con 100 millones de consultas en el último mes.](#)

medicina para designar la adopción de medidas de aislamiento con el fin de contener el avance de una enfermedad infecciosa. Aunque ya en la Antigüedad y en los primeros siglos medievales existieron esas medidas de aislamiento, como por ejemplo, la construcción de leproserías, la primera vez que se usa *cuarentena* como término médico, con este significado específico, lo encontramos en italiano en el siglo XIV, tras la terrible epidemia de peste que asoló Europa. En el importante puerto de la entonces colonia veneciana Ragusa –hoy Dubrovnik– se puso en 1377 la primera cuarentena de la historia. Dicha palabra hacía alusión a los cuarenta días que los barcos y las personas que se encontraban en ellos debían esperar como medida de prevención para bajar a tierra. Después se ha aplicado en otras enfermedades infecciosas con mayor o menor éxito dependiendo de las características epidemiológicas de cada una de ellas. En el presente, la *cuarentena se ha desdibujado, pues su uso ha traspasado el ámbito médico, cargándose de diferentes significados*. Incluso, ya no siempre el aislamiento sanitario de una cuarentena es de cuarenta días. En el caso de la *COVID-19*, generalmente ha sido de 14.

El *confinamiento* –entendido en su sentido médico, pues posee significados pertenecientes a otros ámbitos, como el del Derecho por ejemplo–, vendría a redundar en lo dicho para la *cuarentena*, ya que se refiere a la reclusión obligatoria, en la propia vivienda o en un centro sanitario o especialmente diseñado para ello, de aquellas personas afectadas por una determinada enfermedad infecciosa o sospechosas de estarlo con el fin de evitar su propagación, pero también de personas sanas, para tratar de que no se contagien. Es decir, el *confinamiento* de dichas personas sería el resultado de aplicar la *cuarentena*. Aunque la palabra procede del latín y seguramente se utilizara en épocas anteriores, la primera documentación de la misma se localiza en francés, *confinement*, en 1579<sup>5</sup>.

La voz *pandemia*, utilizada sin ninguna duda en la Antigüedad, se perdió en los largos siglos medievales para aparecer de nuevo en el latín renacentista, en el que se encuentra documentada en 1557, y, algo después en inglés,

---

5. Cortés Gabaudan, F. (Coord.). © [Dicciomed](#).

*pandemial* (1568) y *pandemic* (1666)<sup>6</sup>. Su significado, que es el de enfermedad epidémica que se extiende por muchos países o que afecta a casi todos los habitantes de una región determinada, se ha ido modulando hasta llegar a su regulación actual por la Organización Mundial de la Salud. Por su parte, una enfermedad epidémica es aquella que es muy abundante o frecuente en un determinado territorio durante un tiempo concreto. En nuestra época, no obstante, se ha restringido su uso a las enfermedades infecciosas y no a cualquier tipo de enfermedad que pudiera cumplir esas características de cantidad o frecuencia.

Nada nuevo bajo el sol, por tanto. Han sido muchas las epidemias y pandemias habidas en el pasado. Y la reacción de quienes gobernaban fueron parecidas: *confinamiento*, *cuarentena*, se llamara al aislamiento como se le llamara. Lo que sí se han desarrollado son modos bastante refinados de conjurar el tedio y hasta el miedo de los confinados, siempre que su *confinamiento* haya tenido lugar en el primer mundo: las series en el sofá con palomitas, las videollamadas a amigos y familiares o la repostería desafortada, entre otros. Muy lejos quedan esos modos de cómo se vivía en otros tiempos, pero también de cómo lo han vivido y lo siguen viviendo los más desafortunados. Por desgracia, para estos parece que tampoco ha cambiado nada.

© *Bertha M. Gutiérrez Rodilla*

*Catedrática de Historia de la Ciencia en la Universidad de Salamanca.*

---

6. Cortés Gabaudan, F. (Coord.). © *Dicciomed*.



# Caracterización histórica de las epidemias

Esteban Rodríguez Ocaña

*Universidad de Granada*



**H**ay enfermedades cuya forma de presentación las dota de características sociales especialmente indeseables, las denominadas epidemias, plagas o pestes. En términos históricos, epidemia designa una categoría de enfermedad que traduce una amenaza grave para la sociedad<sup>1</sup>. Es la versión sanitaria de una catástrofe social que responde a la extensión rápida de enfermedades agudas trasmisibles, infectocontagiosas, que cursan con alto número de casos y alta letalidad y cuyo origen reconocemos hoy como biológico en forma de entes microscópicos.

El campo semántico de estos términos nació de la experiencia colectiva de enfermedad, pues, como nos muestran los textos literarios más antiguos, la presentación de pestilencias ha acompañado al género humano en su historia. La investigación histórica y demográfica ha apuntado a que, incluso durante un largo periodo de tiempo, la mortalidad catastrófica resultó decisiva para marcar la evolución cuantitativa de las poblaciones. Las sociedades industriales nacieron en un medio donde dichos fenómenos se habían convertido en episódicos, algunas veces tan terribles como la gripe pandémica de 1918-19. Las décadas centrales del siglo XX conocen la afirmación de la conciencia de desigualdad internacional frente a los problemas de salud, donde los países ricos pretenden haber acabado con el peligro infectocontagioso, el cual queda restringido a las partes más desfavorecidas del mundo. Hacia 1980 se construye una nueva categoría de enfermedades, las infecciones emergentes y reemergentes, para dar cuenta de los hallaz-

---

1. Esta incluye, pero no reemplaza, a la definición técnica actual, recogida en España en el [Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica](#). Boletín Oficial del Estado, núm. 295. En esta reconocemos epidemias que no alcanzan necesariamente la consideración de enfermedades catastróficas.

gos aportados por la investigación virológica posterior a la II GM aplicados a una situación de creciente intimidad entre todas las zonas geográficas del mundo por mor de la extensión global de las redes de transporte, comercio, turismo y la proliferación de conflictos con intervenciones internacionales. Los demógrafos hablarán entonces de que vivimos una situación «de doble carga», sometidos al desgaste producido por enfermedades metabólicas y degenerativas junto al persistente de infecciones que puntualmente pueden aparecer como epidemias locales y que, eventualmente, se pueden transformar en pandemias gracias a la facilidad de comunicación interpersonal que caracteriza a la actual civilización global.

La antigüedad y persistencia, pues, del fenómeno epidémico hace que podamos intentar su comprensión con una perspectiva de larga duración, capaz de ayudarnos a desentrañar lo que constituye el entramado básico de continuidades histórico-culturales sobre el que asientan las particularidades de cada caso en función del contexto preciso.

En este sentido podemos intentar elaborar una caracterización histórica de las epidemias. El desconcierto y el desorden que implica la epidemia es, en primer lugar, poblacional. La epidemia es el reino de la muerte, inesperada, ubicua, imparable: *por la rapidez con que se propaga, como el fuego de un incendio*, escribió Isidoro de Sevilla de la peste en sus *Etimologías*. Esta metáfora pervive: el antropólogo Paul Farmer, escribiendo acerca de las pestes modernas<sup>2</sup> en 1999 decía que la enfermedad por virus Ébola, al menos de manera simbólica, «se ha extendido como un incendio forestal, como un peligro sin límites». Según diversas estimaciones, Europa perdió unos 20 millones de personas entre 1346 y 1352 por causa de la peste. Casi cuatro quintas partes de los afectados entonces murieron. Durante un episodio de fiebre amarilla vivido en Andalucía, en Écija se contó un muerto por cada dos habitantes en 1804. Con ocasión de la gripe pandémica de 1918-19, los cálculos apuntan a una cifra de entre 20 y 30 millones de muertos en apenas un año en todo el mundo. Los datos de morbilidad serían todavía más aparatosos: en Cádiz, atacada por la fiebre amarilla en 1800 se dijo que la suma de enfermos y convalecientes era igual a su población. Tan es así que

---

2. Farmer, P. (1999). *Infection and Inequalities – the modern plagues*. Berkeley-Los Angeles: Univeristy of California Press.

ha sido habitual que las autoridades, civiles o militares, médicas o legas, en todos los tiempos, se han resistido a aceptar la declaración de epidemia hasta que no se enfrentan con un elevado número de enfermos y, sobre todo, de enterramientos.

El miedo es otra característica fundamental en la representación social de la epidemia. El primer motivo es la elevada morbilidad y letalidad conocida o supuesta de la enfermedad amenazante. Otro factor es la duda sobre las capacidades de la medicina para hacerle frente, por el desconocimiento acerca de la enfermedad, la ausencia de tratamiento o de prevención eficaz. A ellos se unen los efectos nocivos de la disrupción social producto de la epidemia, tanto mayores cuanto más grave sea esta.

Desde que existe una esfera pública de información, comenzando con la aparición de la prensa escrita, se ha advertido el impacto de las noticias y del tenor de las mismas sobre la conciencia popular. En efecto, el miedo, como pasión o movimiento del ánimo, era capaz, según las ideas médicas imperantes, de trastornar el orden fisiológico y producir daño o enfermedad, incluso la muerte, además de poder extenderse por contagio<sup>3</sup>. En 1832, la *Instrucción preventiva contra el cólera* editada por las autoridades sanitarias francesas advertía: «es mayor el miedo que causa el esperarla [la enfermedad colérica] que el riesgo que se corre cuando existe». Lo importante es que se trata de una apreciación generalizada y dominante en la conciencia colectiva, que se autoalimenta de manera incontrolable a través de noticias y opiniones más o menos fundadas, y cuya peculiaridad radica antes en su sintonía con el estado general de opinión que con cualquier otro elemento de prueba objetiva.

El desorden social es otro acompañante inevitable. El caos mortuorio y la desorganización que implica una gran proliferación de personas enfermas, resultan profundamente disruptores de los engranajes societarios: los campos quedaban abandonados en tiempos de peste, como dejaron de circular los tranvías con motivo de la gripe epidémica de 1918, los negocios suspendidos, las operaciones de guerra comprometidas. Esta desorganización se ve agravada por los efectos de las medidas que se adoptan para combatir la enfermedad.

---

3. Novella, E. (2011). La medicina de las pasiones en la España del siglo XIX. *Dynamis*, 31(2), 453-473.

La extensión epidémica va unida, en la representación popular, a la idea del contagio, que solo tardíamente fue admitida de pleno por la ciencia médica, que dio mayor relevancia históricamente al concepto de causalidad atmosférica (técnicamente denominado *infección*). Ambos, contagio e infección, se fundieron en un único concepto a la vez que triunfaba la idea de «causa universal» que fue posteriormente validada por la naciente Microbiología a partir del último cuarto del siglo XIX<sup>4</sup>. A la idea de contagio van unidas las más antiguas medidas preventivas: una, la huida –«alejarse pronto, ir muy lejos y ausentarse por mucho tiempo», fue el consejo de Benjamin Franklin ante la fiebre amarilla<sup>5</sup>–, práctica propia de una consideración de la salud como asunto exclusivamente personal o privado. En segundo lugar, las **medidas de aislamiento o cuarentenarias**, establecidas desde una consideración de salud comunitaria o poblacional, que comenzaron en la antigua Ragusa veneciana (hoy Dubrovnik) en 1377 para controlar los barcos sospechosos por proceder de zonas epidemiadas y que, a partir del siglo XVII, se extendieron paulatinamente también a las comunicaciones terrestres y a las poblaciones que padecían la peste, con su acompañamiento de cordones militares para hacerlas efectivas. Del paradigma atmosférico proceden las prácticas desinfectoras, las primeras de las cuales consistieron en modificar las cualidades del aire mediante la quema de hierbas aromáticas, por ejemplo, o moverlo a cañonazos disparados sin bala y que a partir de finales del siglo XVIII se nutrieron de los medios proporcionados por la química, en forma de fumigaciones con ácidos minerales<sup>6</sup>.

La aplicación de la cuarentena suponía auténticos *estados de asedio* contra las localidades atacadas por la peste, la fiebre amarilla o el cólera, donde se obstruía todo tráfico comercial y, en consecuencia, faltaban y se encarecían las subsistencias y se acarreaba la ruina a empresas y familias.

---

4. Rodríguez-Ocaña, E. (1992). *Por la Salud de las Naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social*. Madrid: Akal.

5. *Repertorio Médico Extranjero* (1832), 1, 19-20.

6. Carrillo, J.L., Riera Perelló, P., y Gago, J.R. (1977). La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J.M. Aréjula – M.J. Cabanellas). *Medicina e Historia*, 2ª época (67), 7-25.

La desconfianza hacia la autoridad es otra característica de la experiencia epidémica en todos los casos, tanto más profunda cuanto mayor sea la distancia sociocultural con la misma. No ha sido infrecuente en la historia la conjunción de catástrofes morbosas con insurrecciones, tumultos o disturbios de orden público cualquier nivel. Con anterioridad a la incorporación de los principios doctrinales del liberalismo, las disposiciones sanitarias (cuarentenarias) formaban una jurisdicción especial, donde las funciones de acusación y juez recaían en la misma autoridad militar. La excepcionalidad jurisdiccional se superó cuando se produjo la incorporación de la medicina al Estado mediante la organización de la sanidad. Con la legislación sanitaria, inaugurada en Inglaterra en 1848 y en España en 1855, se articula un nuevo nicho profesional –el de los higienistas o salubristas, expertos en Salud Pública– cuya relevancia social depende de la credibilidad que obtenga el ejercicio de sus funciones de defensa sanitaria.

**Esteban Rodríguez Ocaña**

*Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada.*

# De ayer a hoy. El comportamiento de los sanitarios en tiempos de epidemia

Carmel Ferragud

*Universitat de València. Institut Interuniversitari López Piñero*



Poco después de que empezara el confinamiento muchas personas pensaron que quienes arriesgan su salud, y algunos más que eso, particularmente las trabajadoras y los trabajadores de la sanidad, merecían un sincero homenaje. Esta manifestación de agradecimiento se ha venido desarrollando de forma diversa, ya fuera con palmas y silbidos enérgicos, con percusión doméstica (aunque no toda estuvo dirigida a este sector, ni por las mismas razones), y al menos en mi tierra, Valencia, que somos muy dados a la música, con *tabal i dolçaina* (tambor y dulzaina) u otros instrumentos de los que configuran las bandas musicales que tanto abundan por aquí. Bien merecido que lo tienen, por supuesto. Pero al fin y al cabo son profesionales, son sus conocimientos, que tanto les costó adquirir, es su vocación y es su trabajo, que hacen a diario tan bien, y su compromiso ético, deontológico, lo que les hace continuar, sin que todo ello quite la heroicidad que supone seguir adelante en condiciones tan adversas como las que estos días les han tocado vivir (no puedo evitar pensar en amigos y amigas médicos, enfermeros y farmacéuticos que trabajan en hospitales y centros de atención primaria...). Seguramente nadie habrá pensado en la huida como posibilidad para evitar poner en riesgo su vida (o tal vez sí).

Cuando estudio la actitud de los practicantes de la medicina durante las epidemias que se sucedieron en mi querida Edad Media, las cosas cambian bastante. Y no es que aquellos médicos no tuvieran una preocupación profunda por la etiqueta médica, por cómo debían comportarse con sus pacientes y familiares y amigos para llevar adelante con éxito su actividad clínica. El médico era al fin y al cabo un imitador de Jesucristo, el más grande de los sanadores y el modelo a imitar -siguiendo una larga tradición con sustento bíblico-, pero que en un mundo mercantilizado extraordi-

nariamente había encontrado un lugar para una remuneración salarial. El reconocimiento social convirtió a no pocos de ellos en individuos con gran prestigio, adinerados, algunos con señorío propio y vasallos; se alimentaron con carnes succulentas y todo tipo de placeres del paladar, como cualquier otro miembro de la élite, y se vieron consumidos por la gota en su vejez (ya se sabe que una cosa es lo que se dice y otra lo que se hace). Estos médicos, que vestían con seda y tafetán para remarcar su prestancia, ¿cómo afrontaron los envites epidémicos?

A muchos le vendrá a la cabeza el *Decameron* de Boccaccio, una obra escrita en tiempos de epidemia, en un retiro campestre de familiares y amigos que así se lo podían permitir. En Valencia, el famoso Jaume Roig, médico al servicio del municipio, de conventos, hospitales y servidor de la reina María, esposa de Alfonso el Magnánimo (inagotable la literatura sobre este galeno, con un libro recién publicado<sup>1</sup> y una tesis doctoral que espera su defensa en cuanto acabe nuestro confinamiento<sup>2</sup>), escribió, entre 1459-1460, una de las obras más importantes de la literatura catalana medieval, el *Espill*, mientras se encontraba huyendo de la peste en Callosa d'en Sarrià, señorío perteneciente a su amigo Guerau Bou. Hay que decir, en honor a la verdad, que hubo una circunstancia que explica, en cierta medida, su retiro: la muerte de su esposa Isabel Pellisser en julio de 1459, quién sabe si debido a la misma peste<sup>3</sup>. Cuántas responsabilidades abandonadas, forzadas por distintos motivos, y conflictos propiciados por la huida de estos médicos... En 1431, un pleito ante la corte del gobernador del reino de Valencia enfrentó al médico Joan Vallseguer, uno de los más importantes de la ciudad, a Anglesa, la priora del convento de Santa María Magdalena<sup>4</sup>. El motivo era la negativa a pagarle el salario que reclamaba, pues no

1. De Den, B. (2019). *Darrere l'Espill. Apuntes sobre Jaume Roig y su entorno familiar*. Valencia: Jesús Ángel Garrido Calero.

2. Garcia Femenia, A. (2020). *Pràctiques d'escriptura en la família Roig: alfabetització i educació gràfica en el llindar de la modernitat (València, 1450-1518)* (Tesis doctoral depositada y no defendida). Universitat de València.

3. Jaume Roig (2014). *Espill*. Edición crítica de Carré, A. Barcelona: Barcino.

4. El documento lo recoge José Rodrigo Pertegás entre sus anotaciones, contenidas en Fresquet, J.L., López Terrada, M.L., Catalá, J. y Micó, J. (2002). *Archivo Rodrigo Pertegás*. Valencia: Universi-

tenían contrato firmado con él. Las monjas interrogadas afirmaron que Vallseguer las visitaba, pero porque él así lo quería. En realidad, el médico pensionado por el convento era Bernat Oliver, huido a Morella durante la anterior epidemia. Como se ve, había pocos escrúpulos a la hora de abandonar una responsabilidad médica ante la acuciante necesidad de salvar la vida. De hecho, si bien en los contratos se establecía la obligatoriedad de permanecer en la villa o ciudad donde el médico estaba contratado, no había ninguna cláusula, o yo nunca la he encontrado, que hiciera alusión a qué responsabilidades tendría el sanador ante una situación epidémica; ni para municipios, ni para hospitales (en el reino de Mallorca fue un esclavo llamado Nadal el que arriesgó su vida en un hospital de Ciutadella curando enfermos -hasta 80 según consta en el documento- durante la peste de 1348; sobrevivió y el monarca Pedro el Ceremonioso, a petición de las autoridades municipales, le premió permitiéndole ejercer la medicina sin licencia), ni para cualquier otra institución.

Seguramente debieron existir muchos pequeños *decamerones*, anónimos, que no han trascendido, y en ellos se vieron envueltos los médicos. Aquellos que pudieron huyeron al aislamiento de la montaña o el campo. Hace tiempo tropecé con un documento en el que un habitante de la ciudad había alquilado una alquería en la huerta de Valencia mientras durara la peste. Eran tiempos de confusión y desorden. Las autoridades, formadas por patricios acaudalados y nobles, abandonaban su responsabilidad en la dirección de la *res publica*. La revuelta de las Germanías en Valencia (1520-1521) tuvo entre sus causas la huida del gobierno municipal como consecuencia de una de las visitas de la peste.

Pero dentro de este caos y miedo hubo un grupo de médicos que resistió y dio su vida convencido de que podían ayudar a sus pacientes buscando las causas y remedios de la enfermedad. Las pruebas las hay por toda Europa, y muy en concreto en Italia y en los reinos hispánicos<sup>5</sup>. Un ejemplo de ello fueron la gran cantidad de tratados que se escribieron a raíz de la primera gran epidemia de 1348. El leridano Jaume d'Agramunt escribió su *Regiment*

---

tat de València-Fundación Marcelino Botín [CD-ROM].

5. Kelly Wray, S. (2009). Boccaccio and the doctors: medicine and compassion in the face of plague. *Journal of Medieval History*, 30(3), 301-322.

*de preservació de la pestilència*, no en la lengua de la ciencia y la medicina académicas, el latín, sino en catalán, para que su comprensión y uso fueran posibles, más allá del círculo de sus colegas universitarios<sup>6</sup>. Además iba dedicado a las autoridades de su ciudad que debían velar por utilizar los mecanismos para prevenir el contagio y actuar ante su llegada. Agramunt murió durante aquella terrible epidemia. También, en la villa de Morella se recogen datos de testamentos de 1348 donde algunos practicantes de la medicina están presentes al pie de últimas voluntades<sup>7</sup>.

Desbordados por la situación de la COVID-19, no pocas personas que sufrían otras enfermedades antes del inicio de la pandemia y el confinamiento han visto suspendidas sus visitas médicas, las pruebas diagnósticas a las que debían haberse sometido e incluso alguna operación quirúrgica. Para ellos y ellas, las incertidumbres son dobles; al miedo a su enfermedad se suma ahora el de un posible contagio vírico. Un amigo que está sufriendo esta situación me decía que se sentía como si hubiéramos retrocedido siglos en el tiempo. Parece como si uno tuviera que conformarse con los remedios caseros que tiene más a mano, y esperar, como pueda, que el tiempo de la pandemia pase lo más rápido posible. Es cierto que todas las sociedades han contado con múltiples recursos para hacer frente a la enfermedad, más allá de la medicina oficial. Para los que todavía profesen alguna religión uno de los grandes remedios contra las epidemias, muy usado en la Edad Media, era la oración. Eso sí, ahora no colectiva ya que las procesiones no se han estimulado, lógicamente, sino que a diferencia de la Edad Media se han suspendido. En aquellos tiempos, los remedios del cuerpo y del alma eran inseparables<sup>8</sup>. A otros les parecerá mejor recurrir a los remedios caseros del recetario doméstico o a las mil y una soluciones que circulan por la red, y que atraen siempre a muchos públicos. El miedo, la incertidumbre o la

---

6. Jacme d'Agramont (1998). © *Regiment de preservació de pestilència (Lleida, 1348)*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana [Estudios introductorios y glosarios de Arrizabalaga, J., García Ballester, L. y Veny, J.; edición de Veny J.; ilustraciones Minguell, J.].

7. Grau Montserrat, M. (1970). La peste negra en Morella. *Boletín de la Sociedad Castellonense de Cultura*, 46, 148-160.

8. Agresta, A. (2020). From Purification to Protection: Plague Response in Late Medieval Valencia. *Speculum*, 95(2), 371-395.

desconfianza generan siempre inquietudes que llevan a buscar soluciones muy diversas. Pero también es cierto que, a pesar de las críticas, de antes y de ahora, tanto la sociedad medieval como la nuestra vieron en la medicina académica, en sus conocimientos y recursos, y en sus practicantes la garantía de que su salud, el bien máspreciado, estaba en las mejores manos.

© *Carmel Ferragud*

*Profesor Titular de Historia de la Ciencia en la Universitat de València.  
Investigador del Institut Interuniversitari López Piñero (Universitat de València).*

# Morir en tiempos de epidemia

Carmel Ferragud

*Universitat de València. Institut Interuniversitari López Piñero*



La muerte de un ser querido es siempre un momento triste, un tiempo marcado por unos acontecimientos que apesadumbran, que exige la necesidad de un contacto humano que reconforte a todos los afectados y de una ritualidad más o menos establecida, tanto si se es creyente como si no, que garantice que todo se acaba con cierto orden, como es debido. La muerte es demasiado complicada, nos llena de confusión, como para que no se disponga de estos elementos cicatrizantes. Prescindir de ellos agudiza la pena y dificulta la superación, el continuar mirando hacia adelante. Por eso, una de las situaciones más terribles que han tenido que afrontar los enfermos tristemente fallecidos como consecuencia de la COVID-19 y sus familias y amigos ha sido, para los primeros, el tener que abandonar este mundo sin la presencia y la compañía de sus seres queridos, y para los segundos no poder acompañar en los últimos momentos a su ser estimado, y ni siquiera despedirle ni en la intimidad ni en la ritualidad de una ceremonia religiosa o civil, ni consolarse mutuamente con los cálidos e inevitables abrazos tan necesarios en estos trances. En artículos de prensa o en noticiarios o entrevistas televisivas hemos podido tener constancia de esta triste realidad<sup>1</sup>.

Cada cultura y cada época tienen su manera «adecuada» de morir. Muchas personas fallecen hoy en un hospital, acompañados de familiares cercanos, que muchas veces no podrán sostenerle la mano. En los últimos tiempos la tendencia ha sido enviar a su hogar al paciente por el que ya no se puede hacer más que paliar su sufrimiento, aunque en ocasiones esto no sea compartido por familiares que se resisten a la pérdida y que buscan un

---

1. Orovio, I. (27 de marzo de 2020). © [El coronavirus anula los entierros](#). *La Vanguardia*.

alargamiento innecesario de la enfermedad. Así se desmedicaliza y se devuelve al entorno doméstico a ancianos y enfermos en el final de su vida. Aunque en nuestros tiempos ya casi nadie quiere hacer un velatorio en su casa y recurrimos a los tanatorios, espacios asépticos y neutros a los que nos hemos acostumbrado con rapidez.

Durante la Edad Media el tránsito era ordenado de una manera muy estricta<sup>2</sup>. El *Ars moriendi*, que prescribía la manera sobre cómo morir bien, se propagó a inicios del siglo XV entre todos los colectivos sociales, desde las élites a las clases populares. Al final, la diferencia era simplemente de grado, pero las actitudes, los gestos y los participantes eran los mismos. Abandonar este mundo era algo que no se hacía a solas. Cuando a un enfermo le llegaba la última hora, se hacía efectiva una movilización de personas alrededor de su casa. Las vecinas y los vecinos acudían rápidamente al oír gritos o al ser requeridos directamente. La voz corría y se presentaban para atender las necesidades del agonizante y de su familia. Alguien iba a buscar al sacerdote que administraría los últimos sacramentos: la confesión de los pecados y la extrema unción. Seguramente el primero ya habría sido administrado cuando el enfermo era consciente. Desde el Cuarto Concilio Lateranense (1215), era preceptivo que, antes de empezar cualquier tratamiento, un médico exigiese la confesión de su paciente. Después el clérigo ungía al enfermo. Lo peor que podía ocurrir a un hombre o una mujer de la Edad Media era no tener preparado con tiempo y convenientemente el paso a la otra vida. Por ello una de las funciones más importantes que ejercía un médico era dar un pronóstico acertado a su paciente. Esperar la curación, por muy competente que fuera el médico, siempre era algo que en última instancia dependía de la voluntad de Dios<sup>3</sup>. Un mal pronóstico permitiría al enfermo organizar su óbito de la manera adecuada. Otro individuo que no podía faltar junto al lecho del enfermo era el notario, si es que antes de contagiarse no se había dictado testamento. Junto a la cabecera del moribundo habría parientes, los más cercanos, rezando, y uno de ellos le pondría la

2. Mitre, E. (2019). *Morir en la Edad Media. Los hechos y los sentimientos*. Madrid: Cátedra.

3. Ferragud Domingo, C. (2005). *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*. Madrid: CSIC, pp. 590-594.

candela en la mano. La antigua alocución castellana «estar con la candela en la mano», que significa «estar espirando», ha quedado como referencia a esta costumbre cristiana<sup>4</sup>.

En las horas de difuntos del lunes, del libro de horas de Catherine de Clèves<sup>5</sup>, realizado a mitad del siglo XV, aparece una ilustración, una de las más conocidas de este manuscrito: el moribundo yace en la cama mientras su esposa, acompañada de otra mujer, le pone la candela en la mano; un médico sujeta un frasco de vidrio que mira al trasluz, realizando una uroscopia, posiblemente la imagen más típica de un galeno en tiempos medievales; y a los pies, dos personajes vestidos de payasos, una especie de bufones, conversan entre sí. No debe extrañarnos esto último, pues entonces como ahora, los médicos indicaban a sus enfermos que ocuparan el tiempo con cosas que alegraran su espíritu atribulado, como la compañía de amigos, escuchando música o con alguna actividad que les confortara<sup>6</sup>. Nuestros antepasados, como se ve en esta imagen, no se tomaban nada de esto a la ligera. Entre los gastos que provocaba la enfermedad de los miembros de las elites se encontraba en ocasiones el dispendio en músicos que iban a tocar sus laudes u otros instrumentos; otros, más humildes, se conformaban con la conversación o compañía de conocidos, según muestran algunos documentos. Finalmente, un clérigo y una mujer -tal vez una beata- rezan a un lado de la cama. La oración realizada por los conocidos, la celebración de misas y las limosnas entregadas para hacer caridad a instituciones diversas (hospitales, parroquias, para huérfanos y huérfanas, para dotar doncellas o redimir cautivos) eran fundamentales en esta economía de la salvación del alma. Al fin y al cabo, el enfermo pretende rehuir el infierno, que tan aterradoramente aparece dibujado en el folio siguiente a la escena que acabo de narrar. El artista no hizo más que pintar en su miniatura lo que el

---

4. «Tradición santa en la Iglesia Católica, que significa la caridad, la Fe, la vigilancia, con que esperamos al Señor, que venga y llame a nuestra puerta», en Sebastián de Covarrubias (1611). *Tesoro de la lengua castellana o española*. Madrid: Luis Sánchez, p. 186.

5. *Libro de horas de Catherine de Clèves*. The Morgan Library and Museum, © [MS M.917/945](#), p. 180-f. 97r.

6. Arnau de Vilanova. (2015). *Regiment de sanitat per al rei d'Aragó. Aforismes de la memòria*, edición crítica de Carré, A. Barcelona: Universitat de Barcelona, p. 293.

arte del buen morir preconizaba, que era lo que la gente hacía desde mucho tiempo antes de que estas costumbres se fosilizaran por escrito, según muestra la documentación notarial y algunos testimonios que aparecen en otras fuentes, como procesos judiciales que narran las últimas horas de alguna víctima de asesinato. En ese buen morir la participación de muchos personajes era imprescindible; era como un teatro sin el cual el óbito no podía ser completo. Un escenario donde la medicina era en realidad lo menos importante; la religiosidad y la calidez humana de los más cercanos es lo que predomina.

Después, había que preparar convenientemente el cuerpo para llevarlo a la sepultura. Nada de esto estaba profesionalizado, a diferencia de lo que ocurre en la actualidad. Las amigas o vecinas ayudaban a lavar el cuerpo del difunto antes de amortajarlo. El atavío para ir a la tumba no era nada sofisticado para la mayor parte de las personas. Otra cosa eran nobles y monarcas para quienes el embalsamamiento era un arte que los cirujanos debían realizar con esmero. Luego tenían lugar los velatorios en la casa del finado y el posterior acompañamiento para la misa de difuntos. Para muchos esto suponía la compañía de cofrades miembros de la corporación de oficio al que pertenecía el muerto, obligados normativamente a acompañarle con su cirio y su vestido de luto. En estos momentos previos a llevar el cuerpo a la sepultura, se querían cerciorar de que el cuerpo estaba realmente muerto. Se podía abrir la mortaja para verle la cara o percibir si todavía existía un rastro de calor. El miedo a ser enterrado vivo ha acompañado siempre a la humanidad. Durante la Edad Media determinar la muerte no era sencillo; ya lo había dicho Galeno, y muchos otros autores médicos lo constataban.

Finalmente, había que dar cristiana sepultura al finado. Eran muchos los cementerios donde uno podía elegir ser enterrado -parroquiales o conventuales-, cuando no en el interior de templos, según la categoría del difunto. Los cementerios son espacios tan singulares, a veces realmente monumentales, impresionantes muchos de ellos por sus dimensiones y por la calidad artística de muchas de sus tumbas. Descansar en el campo santo era muy importante; suponía el vínculo a una comunidad y el descanso eterno en el lugar apropiado. Nadie podía quedar enterrado fuera de los espacios reservados a ello. Como es sabido, hubo cofradías destinadas a recoger los cuerpos que aparecían abandonados, sin que nadie los reclamara, para darles la

sepultura adecuada. Durante mucho tiempo las reducidas dimensiones de los municipios y la proximidad física del cementerio permitían al cortejo fúnebre acercarse caminando al lugar a cuantas personas lo acompañaban. Finalmente, los sepultureros hacían su trabajo.

Pero todo este itinerario desde la defunción al entierro, se rompía completamente cuando se desencadenaba una epidemia, sobre todo en los momentos donde el pico de muertes era más alto, cuando los cadáveres eran tantos que ya no había opciones de aplicar toda la ritualidad comentada<sup>7</sup>. Entonces el miedo al contagio hacía que notarios y confesores no estuvieran tan disponibles, aunque siempre los hubo heroicos que murieron realizando su trabajo. Ciertamente, la extensión extraordinaria del contagio impedía atender a tantos afectados, que solían morir en apenas pocos días desde que empezaban los síntomas de la peste. No había tiempo para la ritualidad. Además, el cortejo fúnebre se reducía al mínimo, cuando no simplemente los cadáveres se amontonaban en fosas comunes. Nada de ser enterrado en el cementerio de la parroquia o convento de la preferencia del difunto; como tampoco traspasar el umbral de la otra vida con el hábito franciscano o dominico que tantos elegían. A ello cabía añadir que los sepultureros no hacían su trabajo diligentemente o incluso extorsionaban a sus clientes exigiendo sumas desmesuradas.

Mientras era posible, al menos en los primeros momentos de la epidemia, cuando todavía el número de muertes no era elevado, la burocracia continuaba actuando eficazmente. Las autoridades enviaban funcionarios que registraban por todas las parroquias el nombre de los difuntos enterrados en las fosas. Así se hacía en Milán o en Valencia. Gracias a este tipo de registro se supo en Valencia a quien pertenecía un cuerpo que apareció incorrupto en una de estas fosas, a mitad del siglo XV: la joven llamada Angelina Bertrán, que pereció en una de estas sucesivas oleadas pestíferas, y a punto estuvo de ser considerada una santa<sup>8</sup>.

7. Cuadrada, C. (2012). *El llibre de la pesta*. Barcelona: Rafael Dalmau, pp. 130-134.

8. Ferragud, C. (2015). © *Religiositat i medicina a la València baixmedieval: la troballa del cos incorrupte d'Angelina Bertran (1447)*. *Summa*, 5, 15-71.

Para los hombres y mujeres de la Edad Media el mayor drama cuando enfermaban era abandonar este mundo sin poder dejar ordenado convenientemente el reparto de los bienes terrenales y preparar la llegada al paraíso; en esa preparación quienes se quedaban tenían mucho que hacer. En definitiva, el mundo medieval necesitó de extraordinarias solidaridades, algo que nos debería hacer reflexionar sobre las nuestras.

© *Carmel Ferragud*

*Profesor Titular de Historia de la Ciencia en la Universitat de València.  
Investigador del Institut Interuniversitari López Piñero (Universitat de València).*

# Entre la gestión de la epidemia y el mantenimiento de la tranquilidad. El coronavirus y los modelos de gestión de las epidemias de la era prebacteriológica

Quim Bonastra  
*Universitat de Lleida*



Más allá de su funcionamiento más o menos exitoso durante los periodos epidémicos, uno de los cometidos importantes del sistema cuarentenario era mantener entre la población una atmósfera de tranquilidad, de paz espiritual, frente al miedo, al terror, al espanto que generaba la amenaza de una epidemia en el propio territorio. En este texto voy a hacer un repaso a los dos principales modelos de gestión de las epidemias durante la era prebacteriológica. Como veremos, los modelos de gestión del coronavirus que se han puesto en marcha en diferentes países aun pivotan entre soluciones que tienden más a uno de ellos o al otro, pasando por diferentes soluciones de compromiso entre ambos.

Durante la Edad Moderna, el sistema cuarentenario europeo se apoyó en una serie de mecanismos que Foucault denominó disciplinarios. Se trataba de procedimientos que perseguían moldear las conductas de la población para sacar partido de las fuerzas sobre las que se actuaba, sin neutralizarlas. Para ello clasificaba dichas fuerzas, las distribuía en el espacio, controlaba su actividad y su tiempo y hacía que funcionasen como parte de un mecanismo complejo en el que cada cual tenía su función y peso específico. Lejos de basarse en una demostración de potencia, se fundamentaban en una serie de instrumentos que funcionaban de manera simple, calculada y permanente: la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen. Lo disciplinario construía espacios por entero, desde la nada, creando separaciones artificiales en su interior basadas en la jerarquización y la estricta señalización de las relaciones de poder.

En esta época, el sistema se basaba en la invención del sospechoso, del que se erigieron distintas categorías en distintos ámbitos de actuación permanente: territorios, embarcaciones, mercancías, tripulantes y viajeros. Todo ello debía crear una sensación continuada de vigilancia que moldeara las conductas y que garantizara de manera automática su funcionamiento. Paulatinamente, debía redundar en un acatamiento cada vez más sistemático de la normativa cuarentenaria que, además de evitar la peste, contribuyera a esta atmósfera de tranquilidad frente al peligro epidémico. Como resultado de todo ello, entre los años 1820 y 1840, la antigua barrera sanitaria que protegía el norte del Mediterráneo, desde Gibraltar hasta el mar Negro, se proyectó de manera simétrica hacia el sur, lo que representaba que gran parte de los países considerados como foco de la peste pasaron a protegerse de ella. Con ello se creaba un espacio libre de peste y, lo que no es menos importante, un espacio percibido como más seguro que proporcionaba mayor tranquilidad en los países europeos que participaban en el comercio de Levante.

Esta atmósfera de tranquilidad creada a partir de mecanismos disciplinarios es uno de los elementos que, en lo tocante al régimen cuarentenario, permitió dar un paso más allá y empezar a aplicar –de un modo paulatino y en muchos casos sin desterrar los métodos disciplinarios– mecanismos de poder securitarios a partir de mediados del siglo XIX. Estos mecanismos requerían un alto grado de libertad pues no se buscaban un total sometimiento de las fuerzas sobre las que se actuaba (en el caso que nos ocupa la epidemia), sino que se intentaba circunscribir determinados hechos dentro de unos registros aceptables. A estas fuerzas se las consideraba como parte de una sucesión de eventos posibles, se las tomaba por inevitables, se las sometía a un cálculo de costos, y se fijaba los límites de tolerancia y permisividad. No se buscaba la perfección, sino mantener el fenómeno dentro de lo aceptable, a sabiendas de que no se podían hacer desaparecer del todo los elementos negativos.

Evidentemente, estas medidas venían motivadas por la necesidad de mantener una máxima protección con una mínima restricción del comercio. Un comercio que, a pesar de los avances en la velocidad de los intercambios que permitía la tecnología del vapor, tanto aplicada a los barcos como al ferrocarril, se veía frenado por las medidas de contención de la

peste, la fiebre amarilla y el cólera. De ahí que, a lo largo de más de ochenta años a partir de 1851, se celebraran Conferencias Sanitarias Internacionales (se detallan en el apartado de fuentes) para llegar a un consenso en este sentido. Así, se establecieron medidas como las integrantes de la llamada Reforma Cuarentenaria, que acortaba las cuarentenas al empezar el cómputo de los días de confinamiento desde la partida del buque del puerto de origen allanaron el camino para la puesta en marcha del llamado Sistema Inglés en 1871, como aborda Esteban Rodríguez Ocaña en su primer texto relativo a las pandemias y la mundialización de la salud que puede leerse en este volumen. Este se basaba en la sustitución de la información sanitaria del puerto de salida por una completa encuesta sanitaria en el momento de la arribada. Las sabidas operaciones de información acerca del origen del barco y el estado de salud de aquel paraje, sus escalas con las consiguientes informaciones, etc., se reemplazarían por una inspección médica de todo barco y tripulación que entrara en los puertos ingleses. Su detención debía durar el tiempo necesario para localizar y aislar a los enfermos o sospechosos y realizar las desinfecciones consideradas pertinentes. De esta manera, se restringió el concepto de sospechoso con respecto al sistema cuarentenario clásico: ya no se tenían en cuenta ni el lugar de procedencia ni su estado sanitario, sino que solo lo eran aquellos viajeros que mostraran los síntomas de una enfermedad infecciosa.

En la gestión de la crisis actual por parte de diferentes países se dejan entrever en las medidas cuarentenarias, rasgos de ambos mecanismos de control planteados por Foucault. Por una parte, el confinamiento domiciliario de la población, un tanto más laxo que el que describe Foucault para la ciudad apestada en *Vigilar y Castigar*; por otra parte, técnicas mucho más individualizadas apoyadas en el control personalizado de los ciudadanos a partir de test y monitorización digital de sus movimientos.

De todos modos, las fronteras erigidas en nuestra época contra las plagas de la otredad, en términos de pobreza, de raza, de creencias, de ideología, etc., que se desplegaron con éxito en épocas pasadas contra todo tipo de males provenientes del exterior, no se han revelado útiles contra el despliegue del coronavirus, trayéndonos la frontera hasta nuestro mismo cuerpo.

Es muy posible que esta sea solamente la primera de las crisis epidémicas globales que tengamos que soportar y queda por definir cómo debe ser el nuevo paradigma de lucha frente a las epidemias.

John Howard, el reformista inglés del setecientos, escribió en la segunda edición de su *Account of the Principal Lazarettos of Europe* (1791) que muchos lazaretos, al ser edificios cerrados, tenían un aspecto demasiado parecido al de las prisiones. Numerosos capitanes de la ruta levantina le habían dicho que los espíritus de sus pasajeros se hundían ante la perspectiva de verse confinados en ellos. Para prevenir en todo lo posible estas desagradables circunstancias, decía, un lazareto debería tener el más alegre de los aspectos. Para conseguir esto, consideraba que un jardín espacioso y agradable sería conveniente a la par que saludable.

Esperemos que el jardín que seamos capaces de organizar, o el que permitamos que nos organicen, no sea uno en el que Instagram, Netflix, Amazon o Glovo sean los árboles, las flores, la visión agradable que sirvan para traernos esta anhelada paz individual y colectiva que ayude a tapar nuevos escenarios de teletrabajo, teleconsumo y telecontrol.

## FUENTES

Howard, J. (1789). *An Account of the Principal Lazarettos of Europe*. London: J. Johnson, C. Dilly and T. Cadell, 1791. 2<sup>nd</sup> edition.

(1852). *Procès-Verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale Ouverte à Paris le 27 juillet 1851*. Paris: Impr. Nationale.

(1859). *Protocoles de la Conférence Sanitaire Internationale: Ouverte à Paris le 9 avril 1859*. Paris: Imp. Impériale.

(1874). *Procès-Verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale Ouverte à Vienne le 1 juillet 1874*. Vienne: Impr. Impériale et Royale.

(1881). *Proceedings of the International Sanitary Conference: Provided for by Joint Resolution of the Senate and House of Representatives in the Early Part of 1881*. Washington: G.P.O.

(1885). *Protocoles et procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale de Rome, inaugurée le 20 mai 1885*. Rome: Impr. du Ministère des affaires étrangères.

(1892). *Protocoles et Procès–Verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale de Venise, Inaugurée le 5 Janvier 1892*. Rome: Impr. Nationale de J. Bertero

(1893). *Procès–Verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale de Dresde, 11 mars–15 avril 1893, Dresde*. Impr. B.G. Teubner.

(1894). *Conférence Sanitaire Internationale de Paris, 7 février–3 avril 1894: Procès–Verbaux*. Paris: Impr. Nationale.

(1897). *Conférence Sanitaire Internationale de Venise, 16 février–19 mars 1897: Procès–Verbaux*. Rome: Forzani et Cie, Imprimeurs du Sénat.

(1903). *Conférence Sanitaire Internationale de Paris, 10 octobre–3 décembre 1903: Procès–Verbaux*. Paris: Impr. Nationale.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris: Seuil/Gallimard.

© *Quim Bonastra*

*Profesor agregado en el Departamento de Geografía y Sociología de la Universitat de Lleida.*

# Del siglo de las fiebres a los tiempos de la COVID-19: clima, enfermedad y estacionalidad

Eduardo Bueno

*Universidad Miguel Hernández de Elche. Instituto Interuniversitario López Piñero*



**R**eflexionaba Marc Bloch antes de alistarse en la Resistencia francesa contra el nazismo que, quien estudia la Historia, lo hace porque tiene interés en el presente, la «facultad –afirmaba– para aprehender lo vivo es la principal cualidad del historiador<sup>1</sup>». En efecto, el historiador no es un anticuario, entendido y erudito coleccionista de los hechos del pasado, sino que, por encima de todo, está seducido por la actualidad, aspira a comprender el pasado y pretende construir un conocimiento histórico capaz de aportar cierta perspectiva al mundo en el que vive. No significa esto que la Historia deba considerarse como «maestra de vida», una visión un tanto naif y ya superada, pero resulta innegable que el pensar y pensarse históricamente permite ampliar la comprensión de hechos y procesos, entendiendo las particularidades de unos contextos que, con frecuencia, son mucho más complejos de lo que parece a partir de un análisis solo desde el presente. Una de las aportaciones que, en esta línea, puede realizar la Historia en la situación actual de pandemia es ayudarnos a comprender mejor la coexistencia del ser humano con las enfermedades a lo largo del tiempo.

Por ejemplo, entre las muchas incertidumbres que nos ha traído la pandemia de la COVID-19, superado ya en Europa el punto álgido en el momento en el que escribo este texto, se encuentra la posibilidad de que la enfermedad retorne en otoño-inverno. Los lejanos ecos de la gripe de 1918 han resonado con estruendosa actualidad ante esa potencial vuelta, de modo que parece complicado encontrar a una persona medianamente informada que no haya oído hablar de aquella trágica «segunda ola». Por otro lado,

---

1. Bloch, M. (2011) [1996]. *Apología para la historia o el oficio de historiador*. México DF: Fondo de Cultura Económica, p. 71.

también se contempla que la COVID-19 devenga en una dolencia estacional, apareciendo durante los meses templados y fríos en sucesivos años. Buena parte de las enfermedades infecciosas poseen un componente estacional y, por ejemplo, cada año la gripe común genera miles de muertos, requiere de acciones concretas (campañas de vacunación o asistencia en diferentes niveles del sistema sanitario) y provoca bajas laborales o gasto farmacéutico. Sin embargo, en el contexto europeo, no hay ninguna afección que haya provocado una interrupción social remotamente equiparable con la situación que vivimos actualmente.

Así, parece que la influencia de las condiciones climáticas se perfila como un factor que, necesariamente, debe considerarse a la hora de tomar prevenciones y decisiones en relación a la COVID-19. Este hecho es incluso más relevante si se tiene en cuenta el contexto de cambio climático que, de no revertirse, conllevará una serie de trastornos de gran calado para la población mundial, como recogen los [informes del IPCC](#). En la relación entre clima y enfermedad, el pasado 12 de marzo de 2020, el diario digital El Confidencial publicaba un artículo que llevaba por título «[El calor podría expulsar a España de la franja donde el coronavirus resulta más devastador](#)». En el cuerpo de la noticia se profundizaba sobre el particular: «España vivirá un inusual anticipo veraniego con temperaturas que alcanzarán los 33 grados. Esto podría ser una gran noticia en la lucha contra el COVID-19 (sic)», extrayendo esas conclusiones a partir de un [pre-print](#), finalmente publicado en [JAMA Network Open](#). Dos días después, se decretaba el estado de alarma en nuestro país y, alarmados y confinados, asistimos en las siguientes semanas al crecimiento acelerado de aquella «curva», una figura geométrica convertida en la plasmación visual de la pandemia y la muerte. Finalmente, la «curva» se «doblegó» (término que implicaba la victoria sobre la misma), pero resulta complicado sostener que la entrada de temperaturas más cálidas pudiese haber sido determinante en ese contexto.

Dejando a un lado el tino de las deducciones del mencionado artículo periodístico, la urgencia y la provisionalidad que ha invadido todo de un tiempo a esta parte, nos ha obligado a conjugar el modo condicional del verbo poder mucho más de lo acostumbrado. Y así, el hecho de que las condiciones atmosféricas sean un elemento importante para favorecer o dificultar la transmisión del SARS-CoV-2, por analogía con otros corona-

virus, se convierte en una hipótesis sobre la que se está investigando. Por el momento, no existen evidencias sólidas de que temperatura, humedad, presión, viento, etc..., hayan sido determinantes en la pandemia, tal y como puede comprobarse en el informe [◉ \*Clima, temperatura y propagación de la COVID-19\*](#) del Instituto de Salud Carlos III, puesto que, además de la propia necesidad de un estudio con mayor recorrido cronológico, la adopción de medidas encaminadas a limitar la expansión del contagio (aislamiento, distancia social, uso de mascarillas, etc.) dificultan discernir con claridad cuáles son realmente los efectos provocados por la modificación de las condiciones atmosféricas. De ahí que, tal y como señalaba en una [◉ \*reciente entrevista\*](#) el geógrafo Jorge Olcina, uno de los mayores expertos en los riesgos asociados al cambio climático, en este momento sea el factor humano el elemento decisivo para comprender y atajar la pandemia.

Ante la posibilidad de una estacionalidad de la COVID-19, considero pertinente recordar, en esta breve entrada, una de las enfermedades estacionales más características del ámbito mediterráneo, íntimamente ligada con las condiciones geográficas y climáticas y que estuvo muy presente en la vida cotidiana de las poblaciones del pasado: la malaria, o más concretamente, las fiebres tercianas y cuartanas, denominación que recibió incluso en el siglo XX, eludiendo –por supuesto– cualquier intento de diagnóstico retrospectivo<sup>2</sup>. Esta enfermedad, de carácter endémico en nuestro país hasta los años sesenta del siglo pasado<sup>3</sup>, marcó notablemente la realidad sanitaria de tiempos pretéritos, en especial durante el siglo XVIII, centuria sobre la que se centra esta reflexión y a la que José Luis y Mariano Peset denominaron «siglo de las fiebres»<sup>4</sup>. La aparición de estas fiebres, especialmente a finales de la canícula y comienzos del otoño, era una realidad tan presente que, en la monumental monografía de Fernand Braudel, *El Mediterráneo y*

---

2. Arrizabalaga, J. (1993). [◉ \*La identificación de las causas de muerte en la Europa pre-industrial: algunas consideraciones historiográficas\*](#). *Revista de Demografía Histórica*, 11(3), 23-47.

3. Rodríguez Ocaña, E., Ballester, R., Perdiguero Gil, E., Medina Doménech, R. M., y Molero Mesa, J. (2003). *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

4. Peset, J.L., y Peset, M. (1978). [◉ \*Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen\*](#). *Estudios de Historia Social*, 4, 7-28.

*el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*, constituían un componente insoslayable de la unidad física mediterránea, marcando los ritmos anuales cuando los calores «desencadenaban males endémicos solo apaciguados en invierno»<sup>5</sup>. La presencia de este mal, en mayor o menor medida, era tan cierta que casi debería figurar entre las ilustraciones de los calendarios agrícolas que tan gráficamente reflejaban la concepción cíclica del devenir cotidiano.

Un viejo adagio rezaba que «por tercianas no doblan campanas», aludiendo a la limitada letalidad que, en el Mediterráneo, acompañaba a los brotes que puntualmente afloraban cuando llegaba septiembre. Teniendo en el horizonte las calamidades provocadas por la peste negra, es fácilmente comprensible que las tercianas se afrontaran con la resignación y el estoicismo de quien poco puede hacer a nivel individual ante el embate de una dolencia, pero que no necesariamente eran sinónimo de muerte. Sin embargo, para una familia de extracción humilde, en el contexto del pauperismo propio de la Edad Moderna<sup>6</sup>, dejar de ganar unos jornales por haber contraído una enfermedad suponía un trastorno considerable que podía empujarla a recurrir a la caridad.

Las fiebres, coincidiendo con el momento de las vendimias y la siembra del cereal de invierno, generaban considerables pérdidas económicas a diverso nivel, pero también funcionaban como acicate para otro tipo de actividades. Por ejemplo, el comercio de la corteza del árbol de la quina, originario de América, cuyo monopolio estuvo en manos de los jesuitas y que forma parte del escudo heráldico del Perú. En este sentido, también el comercio de nieve se vio favorecido, porque esta, sola o mezclada con limón, además de su utilización recreativa, se convirtió en un remedio suministrado a dolientes en aquellas zonas en las que era posible su transporte desde las montañas donde

---

5. Braudel, F. (2010) [1953]. *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II* (Tomo 1). México: Fondo de Cultura Económica, p. 314.

6. Carasa Soto, P. (1987). *Pauperismo y revolución burguesa (Burgos, 1750-1900)*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Maza, E. (1987). *Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX: aproximación histórica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

se hacía acopio durante el invierno y se conservaba en primavera y verano. Las autoridades municipales trataban de asegurar su suministro permanente, llegando a recurrir a pozos de nieve situados a decenas de kilómetros.

Por su parte, en un nivel institucional, a finales del estío se ponía especial énfasis en el desarrollo de medidas para minimizar el impacto de la enfermedad. La desecación de aguas estancadas en procesos naturales o por acción antrópica, el alejamiento de los muladares fuera del perímetro urbano, el control de las manufacturas que generaban malos olores y, en definitiva, todo aquello que provocaba o coadyuvaba a la aparición de la enfermedad en el marco de la teoría miasmática del momento, configuraba esa lucha contra el enemigo mortal e invisible, en la afortunada expresión de Carlo Cipolla<sup>7</sup>. El vecindario, atendiendo a la proximidad de la época de las fiebres, remitía sus quejas a las autoridades, alertando de la peligrosidad de aquellos posibles focos de infección. Huelga decir que todas estas medidas, ni eran suficientes, ni muchas se podían llevar a cabo con desempeño suficiente, por motivos evidentes: recursos humanos y presupuestarios, desarrollo de la administración, capacidades técnicas... Por eso, a pesar de todas las precauciones, las fiebres acababan prendiendo en la población. Entonces llegaba el tiempo del cuidado por parte de familiares, vecinos, médicos u otro personal asistencial, de la contrición y de los ruegos al altísimo.

En un contexto en que las acciones de prevención y tratamiento estaban –obviamente– sujetas a unos saberes científicos y unas posibilidades técnicas concretas muy diferentes a las actuales, la variable climática sí era decisiva a la hora de determinar la aparición y extensión de un contagio. En este sentido, se daba la paradoja de que la aparición de lluvias, necesarias para alimentar los campos de cultivo, generaba lagunas que, llegado el momento, se convertían en el medio idóneo para la proliferación del vector de la malaria. Lo cierto es que, lejos de cualquier tipo de determinismo, durante la conocida como anomalía climática Maldá, ocurrida en las últimas

---

7. Cipolla, C.M. (1993). *Contra un enemigo mortal e invisible*. Barcelona: Crítica.

décadas del siglo XVIII y caracterizada por la sucesión de periodos de fuerte sequía interrumpidos por episodios de precipitaciones torrenciales<sup>8</sup>, fueron más frecuentes los episodios de fiebres<sup>9</sup>.

Un aprendizaje basado en años y años de experiencia aconsejaba una medida casi infalible para mitigar la extensión de la enfermedad entre la población: dejar pasar el tiempo, confiar en que la llegada de un temple más fresco sofocaría el contagio y devolvería las cosas a su cauce. Al igual que en periodos de sequía, se trataba de dirigir la vista al cielo y esperar que llegara el frío como agua de mayo. Esas esperanzas depositadas en la mudanza en el tiempo también existieron en el caso de otros males epidémicos. Daniel Defoe lo reflejó en su crónica novelada de la peste<sup>10</sup>. De hecho, cabría preguntarse si, en el artículo de prensa citado al principio de este escrito, las conclusiones se basaban más en la esperanza que en la distanciada reflexión.

No es mi intención –huelga decirlo– remarcar las diferencias que puedan existir entre las fiebres en la Edad Moderna y la actual pandemia, pues, como bien han demostrado los historiadores, los contextos son únicos e irrepetibles. La relación entre clima y enfermedades fue más determinante en el pasado, como pone de manifiesto el hecho de que la malaria se haya erradicado en Europa, después de grandes esfuerzos en salud pública por parte de los Estados. Además, la mundialización de la epidemia la ha dotado de unas dimensiones descomunales dentro de una sociedad globalizada que difícilmente pueden equipararse a las situaciones relatadas para el siglo XVIII, en las que casi siempre primaba el municipio y su hinterland. No por ello, sin embargo, dos contextos diferentes dejan de ser susceptibles de ser

---

8. Barriendos, M., y Llasat, M.C. (2009). El caso de la anomalía “Maldá” en la cuenca mediterránea occidental (1760-1800). Un ejemplo de fuerte variabilidad climática. En A. Alberola y J. Olcina (Eds.), *Desastre natural, vida cotidiana y religiosidad popular en la España moderna y contemporánea* (pp. 253-286). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

9. Bueno Vergara, E. (2017). © [Fiebres tercianas, sequías y lluvias torrenciales en el Alicante del Setecientos](#). *Revista de Historia Moderna. Anales de la Universidad de Alicante* (35), 377-409. Pometti Benítez, K.A. (2019). *Inestabilidad ambiental y salud pública en una ciudad mediterránea del Antiguo Régimen. Barcelona entre el paludismo y la fiebre amarilla (1780-1821)* [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante.

10. Defoe, D. (2006). *Diario del año de la peste*. Valladolid: Alba Editorial.

interrogados con similares preguntas. Pero tampoco pretendo establecer paralelismos entre pasado y presente, que los hay en muchos sentidos, tal y como lo han demostrado solventes historiadores en diversos foros, incluido este blog. El hecho de que, por ejemplo, Margarita del Val, viróloga del CSIC, utilice el símil del mal olor en una [entrevista](#) para explicar por qué en exteriores es más difícil el contagio por el SARS-CoV-2 que en espacios interiores, hace que resulte enormemente tentador evocar otros modos lejanos de interpretar la enfermedad.

Por todo ello, mi objetivo es señalar el hecho de que la presencia de una enfermedad que, de manera cíclica, era capaz de contagiar a un gran número de personas, alterar los ritmos de la sociedad y marcar la agenda política y la vida cotidiana, ha formado parte del acontecer histórico del ser humano en las orillas del Mediterráneo hasta hace no demasiado tiempo. En la centuria ilustrada, el siglo de las fiebres, las condiciones climáticas eran determinantes para explicar la aparición de las fiebres hasta que las políticas de salud pública lograron erradicarlas de muchas latitudes. En este momento, «en tiempos de la COVID-19», expresión que ha logrado un gran predicamento, la pandemia parece controlada en Europa después de haber modificado sensiblemente nuestras costumbres. Según avancen los meses y gracias a una información más sólida sobre el virus y su posible estacionalidad, comprobaremos si las precauciones dentro de esa «nueva normalidad» son suficientes para contener los contagios o si, por el contrario, nuevamente tendremos que modificar y acompasar nuestro devenir cotidiano a los ritmos de la nueva enfermedad.

◉ [Eduardo Bueno](#)

*Profesor Ayudante Doctor de Historia de la Ciencia en la  
Universidad Miguel Hernández de Elche.*

*Investigador del Instituto Interuniversitario López Piñero  
(Universidad Miguel Hernández de Elche).*

# Epidemias y guerras (I): El cólera en la Guerra de África, 1859-60

Francisco Javier Martínez

*Universidad de Évora. Centro Interdisciplinar de Historia, Cultura y Sociedades*



Jefes de Estado, presidentes del gobierno y primeros ministros de muchos países del mundo han comparado la actual pandemia de la COVID-19 con una guerra. Expresiones como «estamos en guerra contra un enemigo invisible» o «está es la peor emergencia desde la Segunda Guerra Mundial» (desde la Guerra Civil, en el caso de España) o «tenemos que ganar la batalla contra el coronavirus» y otras similares han utilizado el lenguaje militar para referirse a la pandemia y a las medidas tomadas contra ella<sup>1</sup>. La militarización del discurso político ha sido históricamente un indicador de tendencias autoritarias y quizás, en el momento actual, un síntoma de procesos de degradación de los regímenes democráticos ya en marcha desde hace tiempo. Por ello, convendría insistir en que, aunque una epidemia tenga indudables analogías con una guerra, una epidemia en tiempo de paz no es lo mismo que en tiempo de guerra. La diferencia entre ambas situaciones no resulta, como ha analizado Roger Cooter, de que la guerra sea más propicia que la paz a la aparición de epidemias o de que las epidemias en tiempo de guerra sean más graves que en tiempo de paz<sup>2</sup>. Se trata, simplemente, de que una epidemia en tiempo de guerra constituía una potencial nueva causa de bajas y muertes rápidas y masi-

---

1. © [E. Macron, en guerre contre le coronavirus, C. Castaner annonce «mesures de confinement»](#). (16 de marzo de 2020). *France24*. Hunter, D. (1 de abril de 2020). © [Coronavirus: If we are in a war against COVID-19 then we need to know where the enemy is. The Conversation](#). © [Ábalos compara las «dificultades» de la crisis con el final de la Guerra Civil](#) (2 de mayo de 2020). *Europa Press*.

2. Cooter, R. (2003). Of war and epidemics: unnatural couplings, problematic conceptions. *Social History of Medicine*, 16(2), 283-302.

vas, que se sumaba a la que suponían las operaciones militares para aumentar el dolor, el miedo y la desesperación, tanto de los combatientes como de la población civil.

Este impacto de las epidemias en las guerras solo ha comenzado a reducirse en periodos históricos muy recientes. Anteriormente, la mayoría de las enfermedades infecciosas planteaban situaciones semejantes a la COVID-19, pues no se conocía el agente causal o la vía de transmisión, no existía tratamiento o vacuna, o la sanidad militar y la civil carecían de recursos suficientes para frenar su difusión. Los ejemplos históricos son innumerables, pero hay algunos que han recibido más atención por parte de los historiadores de la medicina como el del cólera que diezmó las fuerzas británicas y francesas durante la Guerra de Crimea de 1853-56; el tifus en el frente oriental durante la Primera Guerra Mundial, especialmente para el caso de Rusia; y, naturalmente, la mal llamada «gripe española» de 1918-20, aunque el impacto de esta se concentró especialmente en la posguerra. Salvo durante la Guerra de la Independencia (1808-1814), España no participó en los principales conflictos bélicos internacionales de los siglos XIX y XX. Durante este periodo, no obstante, intervino en dos guerras de cierta entidad en territorio marroquí en las cuales tuvieron lugar graves episodios epidémicos: el cólera durante la Guerra de África de 1859-60 y el tifus durante la Guerra del Rif de 1921-27. En este texto y en el que sigue analizaremos algunos aspectos de la relación entre epidemias y guerra a propósito de ambos conflictos, centrándonos en el primer caso en los efectos sobre los ejércitos europeos y en el segundo, sobre la población civil marroquí.

El cólera fue la gran pandemia global del siglo XIX. La tercera oleada de esta enfermedad se originó, como las anteriores y casi todas las posteriores, en la India británica y sus efectos se prolongaron entre 1846 y 1860. Todavía estaba muy lejos el descubrimiento del *Vibrio cholerae* por Robert Koch en 1883, la dotación sistemática de los núcleos urbanos con sistemas de alcantarillado y suministro de agua potable y la adopción de grandes acuerdos sanitarios internacionales. En Europa, la tercera pandemia se concentró en el periodo 1848-56, siendo el brote principal en el caso español durante 1854-56 y causando más de 230.000 muertos. No obstante, en 1859-60 tuvo lugar un último brote de menor intensidad, que en el sur de Europa afectó a Italia, Francia y España. En este segundo foco, el origen último parece haber

estado en la movilización de un gran contingente de tropas francesas para participar en la Segunda Guerra de Independencia Italiana entre abril y julio de 1859. La repatriación de una parte de ellas, incluidos miles de heridos, a Tolón y Marsella provocó la aparición de casos de cólera en dichos puertos, que se acabaron extendiendo al Levante español a través del comercio y/o el contrabando. Otra parte de las tropas regresó a sus guarniciones en la Argelia francesa, en concreto a Orán, en muy malas condiciones.

En este contexto, entre octubre de 1859 y marzo de 1860, tuvo lugar una doble intervención militar española y francesa en territorio marroquí que en el caso español fue conocida con el pomposo nombre de Guerra de África. El fallecimiento del sultán Abderrahman ibn Hicham en agosto de 1859 había dado lugar a una situación de inestabilidad política interna. La trataban de aprovechar España y Francia, que desde hacía años buscaban cualquier pretexto para ampliar sus enclaves en Ceuta y Melilla y en Argelia. Francia actuó más rápido y la fuerza expedicionaria de unos 20.000 hombres (incluidos varios miles de argelinos), concentrada en la frontera bajo el mando del general Edmond-Charles de Martimprey, se desplegó en Marruecos entre el 21 de octubre y el 11 de noviembre, fecha de su precipitado regreso a Argelia. En el caso español, los en torno a 50.000 soldados concentrados en Algeciras y Ceuta bajo el mando del general Leopoldo O'Donnell solo comenzaron sus operaciones a finales de noviembre, teniendo lugar los combates principales el 3 de febrero de 1860 en Tetuán y el 23 de marzo del mismo año en Wad-Ras.

Si ya antes de las operaciones habían aparecido los primeros casos de cólera en las tropas de ambos ejércitos, las marchas y combates en Marruecos provocaron un gran estallido epidémico que se tradujo en cerca de 6.000 enfermos y 3.000 fallecidos en el caso francés y 11.000 enfermos y 4.000 fallecidos en el caso español. Las escenas en los dos teatros de operaciones fueron dantescas. El médico militar Jean-Alix Védrènes, que participó en la expedición francesa, afirmó que el cólera «había asolado con un furor sin precedentes [...] uno de los más hermosos ejércitos que pisaron suelo africano después de la conquista de Argel». Fue en el campamento instalado al lado del río Kiss, en la misma raya fronteriza argelo-marroquí, «donde durante varios días el cólera desplegó su genio destructor en todos los estamentos del ejército», causando más de 1.500 muertes. Cuando el regimiento

de Védrenes llegó allí, el médico pudo ver «a los jinetes de los *goums* indígenas, que llevaban devotamente a sus hogares los despojos mortales de sus correligionarios víctimas del cólera» y también «una larga fila de soldados de transporte, conduciendo mulos cargados de enfermos en literas o en camillas que eran transportados a Nemours para ser evacuados»<sup>3</sup>.

En el campamento era difícil caminar sin encontrarse con deyecciones, que se veían por todas partes, hasta en las proximidades de las tiendas de campaña, lo que provocaba un intenso hedor y la presencia de nubes de moscas que «se adherían con avidez al suelo, cubrían las tiendas y las ropas como un velo de duelo». La llegada escalonada de nuevos regimientos al campamento aportaba cada día «nuevo alimento a la epidemia», hasta provocar que fuera «por centenares que se contaban cada día el número de sus víctimas». Con el inicio de las operaciones, el número de casos disminuyó, pero, para entonces, el volumen de enfermos había colapsado la red hospitalaria militar de toda la mitad occidental de Argelia, obligando a ampliar los hospitales de Maghnia y Tlemcen y a evacuar los de Orán y Nemours, cuyos enfermos fueron transportados por tierra a otras localidades y «los convalecientes capaces de soportar el viaje» en buques-hospital a Argel, Marsella y Tolón. En la capital argelina, el regreso de unidades militares desencadenó un brote epidémico que causó 245 muertes en el Hospital Dey y 16 en el civil, con un pequeño rebrote entre septiembre y noviembre de 1860 que causó 138 muertos. En Marsella, Tolón y el sur de Francia también hubo brotes a raíz de la repatriación de enfermos.

En el caso español, la situación fue similar. Todavía en fase previa a los combates, en noviembre de 1859, comenzaron las evacuaciones de enfermos desde Ceuta a la península en buques mercantes acondicionados. El médico militar Nicasio Landa, que sirvió en uno de ellos, relató su espanto al comprobar la existencia de cólera a bordo, «pronto a arrebatarme aquellas 160 vidas de que yo era entonces responsable; dolores son éstos reservados al médico y que solo él comprende en toda su extensión». Al regresar a Marruecos, a comienzos de diciembre, Landa comprobó que

---

3. Martínez, F.J. (2010). *La otra Guerra de África. Cólera y conflicto internacional en la olvidada expedición militar de Francia a Marruecos en 1859*. Ceuta: Archivo Central de Ceuta.

el cólera crecía furiosamente, causándonos diariamente más bajas de las que hubiéramos sufrido por término medio en los combates. El cuerpo de Sanidad tenía que combatir a este enemigo, mil veces más temible que los moros de Anyera, y allí se carecía de la mayor parte de los recursos que en caso tal se necesitan<sup>4</sup>.

Según Joan Serrallonga, «solamente del 26 al 29 de diciembre los enfermos evacuados a los hospitales de Málaga sumaron 1.313, que llegaron en dolorosas condiciones y en medio del espanto de la población»<sup>5</sup>. El inicio de las operaciones mitigó algo el brote, pero la ocupación de Tetuán a comienzos de febrero trajo un nuevo aumento por la forzosa inactividad de las tropas. Se efectuaron fumigaciones quemando grandes cantidades de pólvora «para alejar los miasmas», se aumentó el perímetro de los campamentos, pero el cólera continuaba extendiéndose. Según Landa, en «17 desvencijados hospitales» se acumulaban cerca de dos mil enfermos «cuando la capacidad de estos improvisados centros no superaba las novecientas plazas: cinco hospitales establecidos en las cinco mezquitas suman un total de 300 camas». La continua evacuación a la península terminó por provocar brotes en Málaga, Murcia y Valencia, como habían temido sus habitantes al ver desembarcar a los soldados enfermos. En la primera ciudad, entre el 1 de mayo y el 29 de junio fallecieron 2.267 personas, casi 40 por día. Según un testimonio recogido en la prensa:

La consternación era espantosa; gentes que corrían en busca de facultativos, de medicinas y de sacerdotes; gentes que huían desalentadas a buscar un asilo fuera de la ciudad, que los pusiese a cubierto del azote tremendo que la Providencia descargaba sobre ella; [...] imposible es describir el cuadro horrible que presentaba aquella bellísima ciudad, donde el día antes se veía por todas partes la alegría, el movimiento y la vida. [...]. Hay un pánico terrible<sup>6</sup>.

4. Landa, N. (1860). © *La campaña de Marruecos. Memorias de un médico militar*. Madrid: Imprenta de Manuel Álvarez.

5. Serrallonga, J. (1998). © *La Guerra de África y el cólera (1859-60)*. *Hispania*, 58(198), 233-260.

6. © *De provincias. Miscelánea*. (28 de agosto de 1860). *La España*, p. 4.

En definitiva, la epidemia que afectó a las expediciones militares de España y Francia a Marruecos en 1859-60 fue tan fulminante y alcanzó tales proporciones que llegó a constituir un riesgo de muerte para los soldados igual o mayor que las propias operaciones militares – hasta tal punto que, en el caso francés, provocó que la campaña fuera brevísima y sin apenas hechos de armas. Las dificultades de evacuación a territorio metropolitano y la saturación de la red hospitalaria militar y civil de las localidades próximas al teatro de operaciones se tradujo en sufrimientos adicionales para los enfermos y, en último término, en mayores tasas de mortalidad. Fue también inevitable una cierta extensión de la epidemia a la población civil de la retaguardia en Ceuta, la Argelia francesa, la costa de Andalucía y Levante y el sur de Francia. En contraste, la epidemia de tifus durante la Guerra del Rif que se analiza en el capítulo siguiente, afectó principalmente al bando marroquí y, en concreto, a la población civil de la retaguardia.

© *Francisco Javier Martínez*

*Investigador Principal Invitado en el Centro Interdisciplinar de História,  
Culturas e Sociedades (CIDEHUS) de la Universidade de Évora.*

## Epidemias y guerras (II): El tifus en la Guerra del Rif

Francisco Javier Martínez

*Universidad de Évora. Centro Interdisciplinar de Historia, Cultura y Sociedades*



**E**n el capítulo previo examinábamos cómo una epidemia de cólera estalló en las expediciones militares de España y Francia a Marruecos de 1859-60, añadiendo a los enfrentamientos armados otra causa de sufrimiento y muerte. En el caso francés, la intensidad de la «peste azul» llegaría, de hecho, a eclipsar el riesgo y los daños de las propias operaciones militares, que se saldaron prácticamente sin hechos de armas. Seis décadas después de los combates de Tetuán y Wad-Ras y de la incursión en Beni Snassen, España y Francia volverían a verse envueltas en un conflicto bélico en Marruecos. El llamado «desastre de Annual» de julio de 1921, en el que unos 10.000 militares españoles perdieron la vida en la región de Melilla, dio comienzo a la Guerra del Rif, que habría de prolongarse hasta 1927. Lo que comenzó como una sublevación poco estructurada contra el avance del ejército español hacia el corazón de la montañosa región del Rif, se convirtió unos años después en una guerra moderna en la que ya no solo España sino también Francia desplegaron varios cientos de miles de hombres apoyados por artillería y por una aviación que utilizó proyectiles explosivos, incendiarios y químicos. En el interior del Rif, una población civil de medio millón de personas, movilizadas en su gran mayoría para la guerra, tuvo que soportar tanto los bombardeos, como las consecuencias del bloqueo terrestre y marítimo decretado por franceses y españoles desde mediados de 1925, lo que se tradujo en un empeoramiento acusado de sus condiciones de vida.

En esas circunstancias, el tifus hizo su aparición en forma de sucesivos brotes epidémicos de gravedad desigual. Estaban todavía frescos en la memoria los estragos causados por la enfermedad en la Primera Guerra Mundial. A pesar de que Charles Nicolle había descubierto el papel del piojo como vector en 1909 y Henrique da Rocha Lima, la bacteria causan-

te en 1916<sup>1</sup>, la vacuna y el tratamiento antibiótico no estarían disponibles hasta los años 40, por lo que, en un contexto de movilización de un número nunca antes visto de soldados, el hambre, la suciedad corporal, el hacinamiento y la fatiga provocaron 30 millones de casos y 3 millones de fallecidos solo en el frente oriental. En el caso de Marruecos, la enfermedad era secularmente endémica, pero hubo ya un brote epidémico notable coincidiendo con las primeras operaciones de ocupación militar del país por Francia en 1911-14 y otro posterior en 1920-21. En las primeras fases de la Guerra del Rif hubo casos esporádicos, pero solo cuando el conflicto fue adquiriendo caracteres de guerra convencional comenzó a haber brotes, que llegaron a extenderse a las regiones de Oujda y Tetuán en 1924. Estos brotes que salían fuera del Rif, junto con las informaciones transmitidas por los escasos viajeros que accedían a la región y por refugiados, desertores y prisioneros fugados, constituyen la principal fuente sobre los orígenes, la intensidad y la evolución de la epidemia.

La abundancia de piojos por las deficiencias en la higiene corporal y la vestimenta, y por el deterioro de las condiciones de habitabilidad de viviendas, edificios y otros espacios constituyó un factor básico para la aparición de la epidemia. En plena ofensiva rifeña contra el Marruecos francés en mayo de 1925, el inspector médico militar Joseph Toubert previno a sus superiores de que «el peligro más temible» que cabía esperar de la futura contraofensiva francesa era el de un brote de tifus. Esta enfermedad iba de la mano del hambre y la miseria «y una u otra serán las consecuencias de la guerra para las poblaciones disidentes y sus aliados». Toubert consideraba que, en caso de que las operaciones se prolongaran hasta el invierno, los piojos, que apenas habían sido «una molestia durante la guerra de 1914-18» en el frente occidental, se convertirían en Marruecos en «un enemigo peor que los rifeños [...] si no se tomaban las medidas más enérgicas para su destrucción o, al menos, para frenar su avalancha». Estos temores serían comprobados indirectamente por prisioneros franceses retenidos en el Rif. Al ser liberados en mayo de 1926, algunos de ellos relataron que habían tenido que sobrevivir durante sus largos meses

---

1. Zinsser, H. (1935). *Rats, lice and history*. Boston: Little, Brown and Company.

de cautiverio «con millones de piojos. Los hombres más limpios mataban solo 200 o 300 cada mañana. Los enfermos, tenían tal cantidad que era posible cogerlos a puñados sobre sus hombros».

Otro factor importante fue la hambruna, tan generalizada que incluso viajeros extranjeros con trato privilegiado como el periodista sueco Hans Langlet no pudieron evitarla durante su breve estancia en el Rif. Hacia el final de su viaje, en enero de 1926, Langlet cayó enfermo, pues «el comer pan ácimo, grasa, aceite y té con azúcar un día, y nada al día siguiente, es difícil de gestionar por el estómago. [...] Como los piojos no me dejaban dormir por la noche, pronto me encontré tan débil que no podía ni levantarme». Múltiples causas ligadas a la guerra provocaron una escasez de alimentos tal que incluso algunos tan básicos como la sal desaparecieron prácticamente de los mercados. Así, en el verano de 1925, la falta de hombres para recoger la cosecha de cereales hizo que esta tuviera que hacerse día a día en función de las necesidades de los combatientes, sin atender a las de la población civil. Por otra parte, aviones españoles y franceses bombardeaban los campos para quemarlos y también los mercados donde hombres y mujeres acudían a comprar alimentos a precios cada vez mayores. El bloqueo naval en la costa mediterránea y el terrestre en las fronteras con el Marruecos francés y Argelia y con la zona internacional de Tánger cortaron las principales vías de aprovisionamiento y contrabando de los rifeños.

Varios centenares de prisioneros españoles retenidos en el Rif hasta mayo de 1926 confirmaron indirectamente lo desesperado de esa situación, que sufrieron en sus propias carnes, aunque en opinión de algunos de ellos, «los prisioneros, pasando hambre, pasan menos que la gente rifeña». Los oficiales bautizaron uno de los lugares donde estaban presos como «la kábila del hambre». Precisamente la existencia de un considerable número de prisioneros europeos, magrebíes y senegaleses en manos de los rifeños constituyó otro factor causal de los brotes epidémicos. En la red de campos de internamiento instalados en el corazón del Rif, el tifus causó estragos entre hombres malnutridos, obligados a trabajos penosos y continuos desplazamientos y hacinados en alojamientos pequeños e insalubres. Pierre Parent, presidente de la asociación de mutilados franceses de la Primera Guerra Mundial en Marruecos, que pudo visitar dichos

campos en marzo-mayo de 1926, observó que los rifeños los consideraban como focos de la epidemia que entonces golpeaba con fuerza el Rif. Por ello, confinaban a menudo a los prisioneros en lugares aislados y vigilados, sin preocuparse de que los sanos estuvieran mezclados con los que ya estaban atacados por la enfermedad y contribuyendo con ello a su elevada tasa de mortalidad<sup>2</sup>.

Otros que confirmaron la gravedad de la hambruna y la falta de higiene provocadas por la guerra en el Rif fueron los varios miles de refugiados que arriesgaron su vida para entrar en la ciudad internacional de Tánger durante el otoño de 1925. El doctor Henry Mentha, delegado del Comité Internacional de la Cruz Roja que visitó la ciudad a finales de noviembre, constató que dichos refugiados, además de tener como único alimento el pan y la harina que distribuían diversas asociaciones, tenían un aspecto «bastante sucio, infestados de piojos. Se lavarían si pudieran, pero dicen que no tienen jabón»<sup>3</sup>. Para impedir un brote de tifus en la ciudad, las autoridades habilitaron en las afueras instalaciones para desinfección y despiojamiento. El número de refugiados pasaría de 4.000 a 6.000 al año siguiente. Según el diario francés *Le Petit Journal*, el español *ABC* y el norteamericano *The Boston Globe*, los que llegaron a Tánger en abril de 1926 informaron de que «una grave epidemia de tifus exantemático reinaba entre las tribus del Rif». Este parece haber sido el brote más grave de toda la guerra, cuya elevada mortalidad condujo a la población a considerarlo «como un castigo de Alá contra Abdelkrim [el líder de los insurgentes]». Aunque las autoridades españolas y francesas afirmaron que se tomarían medidas para evitar la extensión del mismo desde el Rif a sus respectivos territorios, ya a comienzos de abril la enfermedad estalló entre los presos rifeños de la cárcel de Bab Dekaken en Fez. Un mes después, un nuevo brote se extendió desde los barrios pobres de la ciudad a los privilegiados, llegando a atacar a un hijo del gran visir del sultán. En

---

2. Parent, P. (1927). © *Au Riff*. *Mercure de France*, 193, 26-56, 303-336, 558-588 y 194, 74-110.

3. Martínez, F.J. (2016). Weak nation-states and the limits of humanitarian aid: the case of Morocco's Rif War, 1921-1927. En J. Paulmann (Ed.), *Dilemmas of humanitarian aid in the twentieth century* (pp. 91-114). Oxford: Oxford University Press. La traducción es del autor del texto.

enero de 1927 volvería a estallar un brote en aquella misma prisión, cuyos efectos se prolongaron durante varios meses, mientras que en Tetuán también hubo 150 casos en el mismo periodo.

Finalmente, un último factor que contribuyó a la epidemia tífica fue la evolución de las propias estrategias de combate. En relación con los soldados, por ejemplo, el frente de la región de Melilla se estabilizó en una guerra de trincheras desde mediados de 1923 y algo parecido sucedió en el frente francés durante el invierno de 1925. Los rifeños, al tener poca artillería y carecer de aviación, no podían contrarrestar los intensos bombardeos contra sus líneas, por lo que trataron de protegerse bajo tierra mediante la construcción de trincheras o refugios subterráneos. El periodista norteamericano Larry Rue, del *Chicago Tribune*, que al final de su estancia en el Rif visitó uno de ellos en el frente de Melilla, lo describió así:

Después de ascender mil pies [por la ladera de una montaña], alcanzamos un enorme refugio subterráneo a prueba de bombas, capaz de proteger varios cientos de hombres durante un ataque aéreo o un bombardeo de artillería. [...] Había muchos rifeños<sup>4</sup>.

El hacinamiento de los combatientes en esos espacios reducidos, sin luz ni ventilación, durante periodos prolongados, favoreció la aparición del tifus. En realidad, la retaguardia comenzó asimismo a verse afectada en el mismo periodo por los bombardeos aéreos y de artillería, por lo que una gran parte de la población civil rifeña tuvo también que alojarse en refugios subterráneos, a menudo buscados apresuradamente en cualquier cueva o accidente propicio del terreno. Hombres, mujeres y niños se hacinaban en dichos espacios, favoreciendo de esta forma la aparición y difusión de la enfermedad. Para algunos observadores, el último y más grave brote tífico de la primavera de 1926, junto con la desmoralización popular provocada por el fracaso de las negociaciones de paz de Oujda celebradas en mayo de ese mismo año, constituyeron los principales motivos de la desintegración final de la resistencia rifeña y de la rendición de Abdelkrim. Una vez más, como sucedió con la expedición francesa de 1859, una

---

4. Rue, L. (1932). *Flying for news*. London: John Hamilton Limited. La traducción es del autor del texto.

epidemia eclipsó a los combates al transformarse en un riesgo de muerte tan grave o incluso más que éstos últimos. Esta vez, sin embargo, no lo hizo en beneficio de los marroquíes, sino de los europeos que habrían de dominarlos durante las siguientes tres décadas.

© *Francisco Javier Martínez*

*Investigador Principal Invitado en el Centro Interdisciplinar de História,  
Culturas e Sociedades (CIDEHUS) de la Universidade de Évora.*

# Una relectura de la pandemia de gripe de 1918-1919 en tiempos de la COVID-19

María Isabel Porras Gallo  
*Universidad de Castilla-La Mancha*



Desde el inicio de la COVID-19 se ha vuelto la mirada hacia otras enfermedades epidémicas ocurridas a lo largo de la historia de la humanidad, en busca de claves para entender y abordar la actual pandemia. La gripe de 1918-1919 ha sido una de las crisis sanitarias pasadas que mayor protagonismo ha alcanzado a este respecto. Más allá del hecho de ser ambas causadas por infecciones víricas, de transmisión respiratoria y con amplia difusión, la potencial gravedad del cuadro clínico pulmonar de la COVID-19 ha evocado el sufrido por las personas afectadas hace poco más de cien años por la gripe, aunque con una preferencia etaria diferente. Si entonces impactó más entre los 20 y los 45 años sin patologías previas conocidas, ahora tiene predilección por mayores de 65-70 años con comorbilidades.

Al igual que en 1918, en nuestro país, junto a la necesidad de ofrecer una respuesta rápida para frenar la crisis sanitaria y dar la asistencia requerida a las personas afectadas, se ha planteado la urgencia de atender también a los problemas sociales, laborales, económicos y psicológicos. A la vez, se ha iniciado una reflexión sobre qué condiciones estructurales del conjunto del país y de las Comunidades Autónomas (CCAA) pueden explicar las diferencias en la presentación de la epidemia, lo ocurrido en las residencias de mayores, y las dificultades para gestionar el periodo álgido del brote, o el inicio de la desescalada y vuelta a la nueva normalidad sin que se produzca una recaída inmediata. Se ha señalado el papel de los efectos negativos del neoliberalismo, de la crisis económica de 2008-2009 y de la globalización, que ha entrañado la precarización del empleo, el deterioro de las condiciones de vida de la población y, sobre todo, el relevante adelgazamiento de la sanidad pública española a favor de la sanidad privada, con algunas diferencias en-

tre las distintas CCAA, aunque con un elemento común de falta de infraestructuras y de personal sanitario para atender en condiciones ordinarias sin situación de emergencia.

Pues bien, la pandemia de gripe de 1918-1919 cursó en tres brotes –primavera y otoño de 1918 y primavera de 1919–, siendo generalmente más grave el segundo de ellos. Provocó 50 millones de muertes a nivel mundial y, en nuestro país, 270.000 defunciones<sup>1</sup>. Desde la Medicina, se quiso abordar no solo de modo sintomático sino dentro del marco del nuevo enfoque bacteriológico, buscando el agente específico de la gripe en el laboratorio para poder preparar vacuna y suero específicos. Sin embargo, la imposibilidad de establecer la identidad de ese agente frenaba esta nueva respuesta y limitaba su efectividad a prevenir o tratar las complicaciones pulmonares bacterianas, por cuanto las vacunas y los sueros preparados iban dirigidos contra una o varias de las bacterias aisladas en casos de gripe<sup>2</sup>.

Las dificultades para controlar la epidemia en España, la gran mortalidad causada entre la población adulta joven y la mayor gravedad del segundo brote, condujeron a un grupo de profesionales de la Medicina a valorar el papel de los factores socioeconómicos e higiénico-sanitarios en el mayor impacto de la gripe de 1918-1919. Se denunció la insalubridad de las viviendas, el hacinamiento, las dificultades de acceso a los productos de primera necesidad y a los medicamentos por su escasez y carestía, la falta de legislación sanitaria moderna, de independencia sanitaria y económica de los médicos o la insuficiente infraestructura sanitaria, como elementos clave que permitían explicar el desastre sanitario que se estaba produciendo. Estos profesionales, algunos higienistas con formación en Microbiología adquirida en el extranjero, partidarios de la Medicina social, y con experiencia política en el ámbito de la administración sanitaria, eran conscientes del retraso científico-sanitario y de la necesidad de regeneración del país. Vieron la coyuntura epidémica como una oportunidad para introducir las mejoras científico-sanitarias y sociales que se habían revelado necesarias décadas antes y que la crisis sanitaria mostraba que eran imprescindibles si se

1. Echeverri Dávila, B. (1993). *La Gripe española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid: Siglo XXI-CIS.

2. Porras Gallo, M.I. (2008). [© \*Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España\*. \*Asclepio\*, 60\(2\), 261-288.](#)

quería evitar una nueva catástrofe de dimensiones similares. Una de estas mejoras considerada fue la creación de un Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>. De ahí que, además de mostrarse a favor de combinar medidas antimicrobianas con otras de carácter social para luchar contra la gripe de 1918 en diferentes foros como la prensa médica, las sesiones de la Real Academia Nacional de Medicina o las sesiones del Ayuntamiento de Madrid, decidieron elaborar diferentes proyectos de ley entre 1919 y 1922. Una decisión tomada porque consideraron que el Real Decreto de 10 de enero de 1919 de prevención de enfermedades contagiosas, dictado por el Ministro de Gobernación Amalio Gimeno, pese a introducir mejoras, era insuficiente por no recoger todas las demandas que ese sector de lo que entonces se denominaba la clase médica estaba reivindicando<sup>4</sup>».

Finalmente, en julio de 1919, se presentó ante el Congreso de Diputados el proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas, elaborado por el Inspector de trabajo Julián van Baumberghen, que desarrolló una actividad parlamentaria muy intensa relacionada con el ámbito laboral y sanitario. Cuatro meses después, el 13 de noviembre de 1919, el ministro de la Gobernación, Manuel de Burgos Mazo, presentó el proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas elaborado por Manuel Martín Salazar y Amalio Gimeno. Estos proyectos no fueron aprobados, razón por la que, en 1921, Manuel Martín Salazar y Ángel Pulido elaboraron un tercer proyecto de ley que con escasos cambios fue presentado por los sucesivos ministros de la Gobernación Bugallal, Burgos, Coello y Piniés, quienes ocuparon el cargo entre 1921 y mayo de 1922. La última vez que se presentó este último proyecto, al que se llamó el «Ómnibus sanitario Bugallal-Burgos-Coello-Piniés», fue rechazado igualmente<sup>5</sup>. El rechazo de estas iniciativas no se debió únicamente a la

---

3. Valenzuela, J., Rodríguez-Ocaña, E. (1988). La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicación de un Ministerio de Sanidad. En M. Valera, M.A. Egea y M.D. Blázquez (Eds.). *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena, diciembre 1986, vol. 1* (pp. 514-523). Murcia: Universidad de Murcia.

4. Porras Gallo, M.I. (1994). © [La lucha contra las enfermedades 'evitables' en España y la pandemia de gripe de 1918-19](#). *Dynamis*, 14, 159-183.

5. Porras Gallo, M.I. (1994). La lucha contra las enfermedades...

penosa situación económica de nuestro país, sino en muy buena medida por la falta de entendimiento dentro de la clase médica y a los desacuerdos con los farmacéuticos y los veterinarios.

Pese al nulo éxito de estas iniciativas, me parecen de interés por el hecho de que, tras la experiencia de la pandemia de 1918, se planteara un concepto multifactorial de causa de la gripe y que, en consonancia con él, se propusiera que la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas contuviera medidas sanitarias, apoyadas en los conocimientos bacteriológicos vigentes, junto a medidas sociales. Ello implicaba, por un lado, la necesidad de llevar a cabo el aislamiento de las personas sospechosas o enfermas de un proceso infeccioso, pero también de las que hubieran estado en contacto con ellas, necesitándose para ello hospitales de infecciosos o pabellones específicos de infecciosos en hospitales generales. Complementario de lo anterior fue el uso de las desinfecciones, y de las vacunas y los sueros, requiriéndose profesionales sanitarios especializados en Microbiología, Parasitología, Química, etc., que llevaron al nacimiento de una nueva especialidad, la de higienista, inexistente en nuestro país hasta entonces, así como a la mejora y el surgimiento de nuevas instituciones científico-sanitarias para poder ejecutar esas medidas y fabricar las vacunas precisas. Por otro lado, la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas exigía igualmente la adopción de medidas de índole ambiental y social, como la mejora de la vivienda y de las condiciones laborales. Se propuso la reglamentación del trabajo, la socialización de la asistencia sanitaria y social, el establecimiento de todos los seguros sociales, como en el proyecto de noviembre de 1919, o, al menos, del seguro de enfermedad y de maternidad, como figuró en el de 1922, que también incluía medidas de higiene escolar, industrial y del trabajo<sup>6</sup>.

Si se hubiera aprobado alguno de estos proyectos, particularmente los más completos, se habrían introducido mejoras en el abordaje de los problemas de salud de carácter infeccioso y se habría dado respuesta a algunas de las demandas de los médicos y otros profesionales sanitarios, pero también se habría logrado una gran transformación científica, sanitaria y social en España. Esta se buscó igualmente mediante el Plan Nacional de Reforma

---

6. Porras Gallo, M.I. (1994). La lucha contra las enfermedades...

de la Sanidad, elaborado por el ministro de la Gobernación, Burgos Mazo, en el verano de 1919, presentado al Parlamento al inicio de septiembre de ese mismo año. Sin embargo, dicho plan tampoco prosperó. Fueron pocas las medidas aprobadas y algunas de ellas solo se pusieron en práctica varios años después y de modo bastante parcial<sup>7</sup>.

Lo sucedido con la experiencia de la pandemia de gripe de 1918-1919 nos debería servir para aprovechar la oportunidad que la dura situación de la COVID-19 nos ha proporcionado, cuando nos ha mostrado las carencias de la Sanidad pública de nuestro país, tanto en recursos materiales como, sobre todo, humanos. Necesitamos contar con suficiente número de todos los profesionales sanitarios que resultan imprescindibles para que nuestro sistema sanitario funcione en condiciones normales con cierta holgura, así como para que pueda ser capaz de responder a situaciones de crisis de forma más ágil y con menor sufrimiento de las personas afectadas y de quienes integran todas las ramas sanitarias. Se precisa dar más valor social, visibilidad y recursos materiales y humanos a las hermanas pobres del sistema sanitario, como son la Atención Primaria y la Epidemiología, que son áreas claves en el día a día y también cuando llegan las crisis sanitarias, como se está mostrando ahora en nuestro país y fuera de nuestras fronteras con la COVID-19<sup>8</sup> y, de modo muy gráfico, ya señaló la OPS respecto de la experiencia de la pandemia de gripe de 2009-2010.

© *María Isabel Porras Gallo*

*Catedrática de Historia de la Ciencia en la Facultad de Medicina de Ciudad Real  
(Universidad de Castilla-La Mancha)*

*Investigadora del Centro Regional de Investigaciones Biomédicas de la  
Universidad de Castilla-La Mancha*

---

7. Porras Gallo, M.I. (1997). *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19*. Madrid: Editorial Complutense-Comunidad de Madrid, pp. 96-99.

8. Beldarraín, E. (18 de mayo 2020). © [Reflexiones sobre la epidemia de COVID-19 en Cuba](#), Blog *Historia, Ciencias Saude-Manguinhos*.

# ¿Una herida invisible? Epidemia y pensamiento local sobre los *ŷnūn* en Marruecos

Araceli González Vázquez

*Institución Milá y Fontanals de investigación en Humanidades.*

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Barcelona)*



Uno de los aspectos del trabajo que realizo actualmente en el marco del proyecto ENTHUMN<sup>1</sup>, en la Institución Milà i Fontanals de Investigación en Humanidades del CSIC, es el interés por las epistemologías locales, aquellas que se pueden conocer a través del trabajo de campo etnográfico, y aquellas que son cognoscibles a través del ejercicio de la Antropología histórica, mediante el estudio de la información etnográfica que transmiten las fuentes históricas.

En 2011, el historiador Justin Stearns publicó un libro titulado *Infectious ideas: Contagion in Premodern Islamic and Christian Thought in the Western Mediterranean*<sup>2</sup>. En este trabajo, Stearns aborda un análisis comparativo de la forma en que entendían diferentes pensadores musulmanes y cristianos, en el mediterráneo occidental premoderno, la transmisión de la enfermedad. Entre otros aspectos relevantes para entender las concepciones locales de la epidemia, Stearns estudia la forma en que se concebía el contagio (*al-‘adwā*)<sup>3</sup>, y las respuestas que las comunidades musulmanas y cristianas le dieron a las formas neumónica, bubónica y septicémica de peste (*Yersinia*

---

1. Entre humanos y no-humanos. Estudio antropológico de las relaciones interespecíficas en Marruecos, Ceuta y Melilla (ENTHUMN), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PGC2018-098058-A-I00, MCIU/AEI/FEDER, UE). IP: Araceli González Vázquez.

2. Stearns, J. K. (2011). *Infectious ideas: Contagion in Premodern Islamic and Christian Thought in the Western Mediterranean*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

3. Le agradezco a Jorge Villanueva Farpón (Universidad de Salamanca) y a Aurora González Artigao (ILC-CSIC) su lectura crítica del texto, y sus orientaciones en relación con el sistema de transcripción. Le agradezco encarecidamente a Montserrat Benítez Fernández (EEA-CSIC) la identificación y transcripción de los términos del árabe marroquí.

*pestis*), particularmente en la península ibérica en tiempos posteriores a la llamada pandemia de 1348, la llamada «peste negra». Uno de los ejemplos dados por Stearns en este libro es el de Ibn al-Jatīb (m. 1374), un importante pensador que vivió en la Granada nazarí del siglo XIV. Ibn al-Jatīb escribió un tratado sobre la peste en el que incluye una defensa de la idea de contagio, que viene, según dice, probada por los sentidos y la observación, por la evidencia empírica. Ibn al-Jatīb hace afirmaciones en las que contraría abiertamente las argumentaciones legales de muchos pensadores musulmanes anteriores a él, y, particularmente, una importante tradición profética (*hadiz*), que forma parte de la ortodoxia islámica sobre la actitud del creyente hacia la epidemia. Este *hadiz*, repetidamente transmitido a través de las redes sociales estos días de profilaxis frente al virus SARS-CoV-2, y de impacto de la enfermedad COVID-19, exhorta a los musulmanes a no ir a una tierra si han oído que allí hay peste, y a no salir de la tierra en que se encuentran si en ella brota la peste. Existe una línea de ortodoxia islámica que insiste en que no existe el contagio (*lā ‘adwā*), y que el principal agente que inflige la enfermedad es Dios. La epidemia habría de ser vista como una manifestación de la voluntad divina, por lo que huir de la peste sería tanto como huir de la voluntad de Dios. La teoría del contagio que propone Ibn al-Jatīb insiste, sin embargo, en la transmisión de humano a humano. Una de las conclusiones a las que llega Stearns, adoptando una perspectiva bastante crítica con lo que se había dado por sentado, es que no todos los pensadores musulmanes rechazaron la idea de contagio, y que las tradiciones proféticas tampoco transmiten una única actitud frente a la epidemia. Tal y como ha escrito estos días en la red social Twitter, «[la idea de contagio] no era una visión mayoritaria entre los musulmanes premodernos, pero fue adoptada por una amplia minoría»<sup>4</sup>. Esto es muy importante, ya que muestra que varios pensadores musulmanes mantenían posiciones críticas con la tradición, bastante tiempo antes de que se produjera una relevante transmisión de ideas sobre el contagio de las epidemias y pandemias, a través de la Ilustración y la colonización europea. Lo que es más importante

---

4. Stearns, J. K. (©@kaohu11) (10 de marzo de 2020). © *Admission: all of the works referred to here supported the understanding that plague was transmissible and defended fleeing from it. It needs to be stressed that this was not a majority view of pre-modern Muslims, though it was espoused by a large minority. More on this later.* [Tuit].

aún, socava la propia idea de que, en algunas sociedades de mayoría musulmana, como Marruecos, las ideas y las prácticas que reconocen el contagio sean el resultado de una mera transferencia ilustrada y colonial. Lo que habría ocurrido en parte, señala Stearns, es que, al considerar las concepciones de los musulmanes, se habrían privilegiado unas fuentes y unas epistemologías determinadas sobre otras<sup>5</sup>.

En un momento histórico diferente, no el que aborda el magnífico trabajo de Stearns, sino el cambio de siglo del XVIII al XIX, un libro de viajes escrito por James Grey Jackson, un británico que vivió en Marruecos, ofrece algunas informaciones etnográficas sumamente interesantes. Escribe en la época en que gobierna el sultán Mūlāy Sulaymān (1792-1822), y las informaciones se refieren al mismo espacio, el mediterráneo occidental musulmán, y al mismo tema, la forma en que se contrae la peste. Jackson actuó como agente comercial en Marruecos durante dieciséis años, en Agadir y en Essaouira. En 1809 publicó una obra en la que compendia lo vivido y lo aprendido en Marruecos: *An Account of the Empire of Marocco and the District of Suse*<sup>6</sup>. Su obra ofrece un extenso relato sobre la epidemia de peste de 1799 y 1800, y explica cómo se entiende localmente el «estar afectado» por la peste. Para ello, emplea el término *mdrūb*, el participio pasivo del verbo *drāb* «golpear», una de las formas que en árabe marroquí se emplean para expresar que la salud de un humano o de un animal ha sido dañada por un agente externo, en este caso, por un *ŷinn* o una *ŷinniyya*. Los *ŷnūn* (pl. de *ŷinn*) son seres invisibles, generalmente considerados malevolentes, que se estima pueden entrar en los cuerpos humanos o de los animales y «golpearlos», causándoles alguna enfermedad o algún mal<sup>7</sup>. Jackson explica que los musulmanes creen en la existencia de espíritus, que «hay ciertos genios que gobiernan el destino de los hombres», que estos genios «están armados

5. Stearns, J. K. (2011). *Infectious ideas...* p. 141.

6. Citaré de la edición de 1811. Jackson, J.G. (1811). *An Account of the Empire of Marocco, and the districts of Suse and Tafielt*. London: W. Bulmer and Co.

7 Véase, González Vázquez, A. (2010). *Mujeres de Yebala: Género, islam y alteridades en Marruecos*. (Tesis doctoral). Universidad de Cantabria. Mateo Dieste, J.L. (2012). *Health and ritual in Morocco: Conceptions of the Body and Healing Practices*. Leiden: Brill. González Vázquez, A. (2015). *Mujeres, islam y alteridades en el norte de Marruecos*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

con flechas», y que «cuando una persona es atacada por la peste [...] le dispara uno de estos genios, y la sensación de la herida invisible es similar a la que causa la bala de un mosquete». Jackson explica, en el caso de un hombre llamado *Hamed*, que fue «golpeado con la peste», lo que «él comparó a la sensación de dos balas de mosquete disparadas sobre él, una en cada muslo». Añade que, «poco tiempo después, en los dos lugares donde había sentido como si hubiera sido disparado, se formaron bilis o bubas», que, «al supurar, descargaron un pus negro fétido». En casos similares, señala Jackson, los enfermos también presentaban «unos puntos negros pequeños similares a granos de pólvora»<sup>8</sup>. Aquí Jackson refiere que su interlocutor expresa un potente imaginario local sobre las armas de fuego (disparos, balas, mosquetes, pólvora). Es probable que ello esté vinculado con la expresión del dolor, pero, en mi opinión, trasciende este hecho, y puede leerse, en clave antropológica e histórica, como una forma de entender las relaciones entre humanos y no-humanos, y las memorias del (des)encuentro con los europeos. La idea de que la peste la infligen los *ŷnūn*, normalmente al clavar sus flechas o lanzas sobre los cuerpos humanos, se halla presente en Marruecos y en otras sociedades de mayoría musulmana, y es de largo recorrido. La epidemia también ha sido considerada el resultado de un asalto sobre la humanidad por parte de un ejército de *ŷnūn* armados con lanzas o flechas. En estos meses de pandemia de 2020, un artículo firmado por la periodista británico-iraní Maryam Sinaiee, publicado en el periódico digital Radio Farda<sup>9</sup>, ha señalado que el ayatolá chií Jamenei, presidente de la República Islámica de Irán, declaró públicamente que los enemigos la misma, liderados por Estados Unidos, estaban empleando un «ejército de *ŷnūn*» (*army of jinn*, en el original) extendiendo el coronavirus contra su país<sup>10</sup>. De las ideas islámicas más clásicas, sobre lanzas, arcos y flechas, y también agujas, vemos aquí, en el Marruecos de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, un discurso sobre las armas de fuego, sobre las balas y sobre la pólvora.

8. Jackson, J.G. (1811). *An Account of the Empire...*, p. 183.

9. Radio Farda es una agencia de noticias en persa del gobierno de los Estados Unidos.

10. Sinaiee, M. (23 de marzo de 2020). © [Army of Jinn, America and Coronavirus in Khamenei's Imagination](#). *Radio Farda*.

ra, que no son ya únicamente instrumentos de poder y violencia europeos<sup>11</sup>, sino también locales. La «herida invisible» a la que se refiere Jackson es la que causan los *ŷnūn*, pero también la que genera la violencia del expansionismo europeo, que tiene su expresión a través de epistemologías locales sobre las relaciones entre humanos y *ŷnūn*, y sobre concepciones precisas de la enfermedad. A mi modo de ver las cosas, Jackson traslada un pensamiento local sobre el conflicto y la violencia, que refleja la forma de incorporar, a través de una experiencia sensorial y corporal atribuida al contacto con lo no-humano, lo que ocurre en este momento histórico en Marruecos. Es una época de intensificación de la presencia europea, particularmente en las ciudades de la costa atlántica, como Essaouira; y estas vivencias de la enfermedad encarnan las memorias de las violencias generadas por esa presencia europea y por las resistencias locales a ella, concebidas estas últimas desde mucho tiempo antes con harta frecuencia como un *yihad*, la sustentación ideológica de la defensa activa de la fe y del territorio. La obra de Jackson nos sitúa también frente a formas de encarnar que la ausencia de conflicto del momento es un castigo divino a la connivencia con los europeos/cristianos/infieles.

Tal y como se desprende de lo que Jackson relata, se expresa un pensamiento local sobre los *ŷnūn* en los casos de peste bubónica. En mi opinión, ello puede reflejar una epistemología local que está anclada en un conocimiento deductivo de las formas de contagio: la peste bubónica no se contagia de humano a humano, como bien ha señalado Stearns, sino a través de un vector, un agente y una acción, la picadura de una pulga infectada, que, como los *ŷnūn*, aún es invisible para los musulmanes y los cristianos en esta época, y que solo identificará Paul-Louis Simond, vinculado al Instituto Pasteur, en Bombay en 1897.

◉ *Araceli González Vázquez*

*Científica Titular en la Institución Milá y Fontanals de investigación en Humanidades (IMF),  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Barcelona).*

---

11. En sus trabajos, Paul Stoller ha postulado que la posesión es un fenómeno en el que se incorpora una miríada de memorias culturales, y que expresa la aflicción social. Mi explicación es deudora de estas ideas. Véase, Stoller, P. (1994). *Embodying Colonial Memories*. *American Anthropologist*, 96(3), 634-648.

# El tifus exantemático en la España de posguerra (1941-1943): ¿un *déjà vu* en tiempos del coronavirus?

Xavier García Ferrandis

*Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”*

Àlvar Martínez-Vidal

*Universitat de València. Institut Interuniversitari López Piñero*



**E**n la pandemia que estamos sufriendo en los últimos tiempos, hemos conocido declaraciones de líderes mundiales que tendían a minimizar el impacto de la COVID-19. Desde que el virus acabaría por desaparecer “milagrosamente” hasta que nos encontrábamos ante una “gripecilla”. En algunos casos se trataba de decidir entre asegurar la salud de las personas o salvaguardar la solidez de la economía desde una concepción neoliberal de la sociedad. No es menos sorprendente la reacción de algunos mandatarios mundiales, que han tildado el virus de “chino” o de “italiano”. Más cercanas quedan las manifestaciones de algún político local que ha llegado a culpabilizar a los sanitarios de haber contraído el SARS-CoV-2 en “viajes” y en contactos con “familiares y amigos”. ¿No era más razonable reconocer la falta de equipos de protección individual en un contexto de imprevisión generalizado y de colapso del sistema sanitario?

En estos tiempos tan aciagos como desconcertantes, no se puede evitar tener un *déjà vu* al evocar las intervenciones en materia de salud pública desplegadas en la ciudad de Valencia por las autoridades franquistas con el fin de atajar la epidemia de tifus exantemático que se declaró en España tras la Guerra Civil, durante los primeros años del régimen militar impuesto por el general Franco con ayuda de Italia y Alemania.

Hemos podido analizar, utilizando fuentes médicas y administrativas (tanto manuscritas como impresas), la respuesta institucional ante la epidemia de tifus exantemático que se declaró en la ciudad de Valencia durante la primavera de 1941 y se prolongó hasta 1943, si bien con remisiones

durante los meses de calor, es decir, en los veranos, como resulta característico en el comportamiento de esta peligrosa enfermedad transmisible<sup>1</sup>. Por su situación costera, a orillas del mar Mediterráneo, Valencia había sido durante toda la contienda un bastión de la retaguardia republicana y había acogido, por decenas de miles, refugiados procedentes de los territorios ocupados por las tropas franquistas vencedoras.

Como es conocido, el estado de salud de una población está estrechamente vinculado a la situación política, económica y social de la misma. En España, esa vinculación se hizo más que evidente tras la Guerra Civil (1936-1939) que sumió a la mayor parte del país en la miseria. El director general de sanidad de la primera administración franquista, José Alberto Palanca (1888-1973), afirmaba en 1941 que «el estado sanitario de un país no es algo aislado y sin conexión con su situación social y económica, sino que, muy al contrario, es su consecuencia»<sup>2</sup>. Es llamativo el hecho de que durante la guerra (1936-1939) no se hubiera declarado, al menos oficialmente, ni un solo caso, ni en la zona rebelde liderada por el general Franco, ni en la zona leal a la República. El resurgimiento de la difteria y el tifus exantemático durante la inmediata posguerra no era sino una manifestación más de las penurias, especialmente el hambre, que afectaban a una gran parte de la población. Asimismo, se produjo un repunte de otras enfermedades endémicas, como la fiebre tifoidea y la tuberculosis, además de la viruela, que ya había resurgido durante la guerra.

Al igual que ocurrió en la ciudad de Málaga<sup>3</sup>, la intervención de las autoridades sanitarias valencianas se encaminó hacia la puesta en marcha de medidas cuarentenarias destinadas a aislar y tratar a los enfermos y a los

---

1. García-Ferrandis, X. y Martínez-Vidal, À. (2019). [⊙ \*Salud pública, espacio urbano y exclusión social en la España de posguerra: la epidemia de tifus exantemático en la ciudad de Valencia \(1941-1943\)\*. \*História, Ciências, Saúde-Manguinhos\*, 26\(2\), 445-464.](#) Este trabajo se enmarca en el proyecto del Ministerio de Economía y Competitividad de Gobierno de España Acciones de socorro y tecnologías médicas en emergencias humanitarias (1850-1950): agencias, agendas, espacios y representaciones (HAR2015-67723-P). Los resultados preliminares fueron presentados en el XVII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), celebrado en la localidad catalana de Sant Feliu de Guíxols los días 15, 16 y 17 de junio de 2017.

2. Palanca, J.A. (1941). [⊙ \*Hacia el fin de una epidemia\*. \*Semana Médica Española\*, 4\(125\), 431-440.](#)

3. Jiménez Lucena, I. (1994). [⊙ \*El tifus exantemático de la posguerra española \(1939-1943\)\*. \*El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del "Nuevo Estado"\*. \*Dynamis\*, 14, 185-198.](#)

casos sospechosos. Se aprecia, por tanto, una primera similitud con el confinamiento actual, aunque en aquella ocasión no se llegó a plantear el de toda la población, sino tan solo el de los grupos susceptibles de contagiar la enfermedad. En aquella epidemia de posguerra también se habilitaron nuevas infraestructuras hospitalarias para atender el gran número de afectados. Por ejemplo, en el caso de Valencia se reabrió y readaptó un antiguo lazareto anticolérico del siglo XIX. No hace falta extenderse mucho aquí: ahí están los hospitales de IFEMA (Madrid) y de la Fira de Barcelona, el hospital de campaña habilitado al lado del Hospital La Fe (Valencia) o los numerosos hoteles medicalizados.

Otra similitud notable entre ambas epidemias es que la actual está golpeando con mayor intensidad a los más desfavorecidos, al menos en lo referente a la morbilidad en España, el Reino Unido y EEUU, distinguiendo, así pues, entre clases sociales<sup>4</sup>. Entre “los factores que conspiran contra los vulnerables” se han señalado la vivienda (más humilde y por tanto más proclive al hacinamiento de sus moradores), la dificultad de teletrabajar en las profesiones menos cualificadas (vigilantes, reponedores, trabajadores de mataderos, etc.), y un mayor uso del transporte público<sup>5</sup>. Un informe de la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* hecho público a finales del mes de mayo de 2020 afirmaba que «se observan desigualdades según el género y el nivel socioeconómico individual, tanto en los casos de COVID-19 como en la mortalidad: a menor nivel socioeconómico tasas más elevadas de casos y de mortalidad»<sup>6</sup>.

La epidemia de tifus exantemático de la posguerra también afectó preferentemente al segmento de población más desfavorecido, en concreto a los indigentes sin domicilio, los inmigrantes de otras provincias y los tra-

---

4. En una primera versión de este artículo –fecha el 14 de abril de 2020–, afirmábamos que la pandemia actual «en lo referente a la mortalidad en España, no está distinguiendo de una manera nítida entre clases sociales, aunque hay que ser cautelosos porque las estadísticas son todavía muy poco específicas». Efectivamente, la cautela a la que apelábamos en aquella ocasión se ha convertido finalmente en nuestra aliada (25 de mayo de 2020).

5. Salas, J. (17 de mayo de 2020). [Ⓞ \*La pandemia golpea más a los que menos tienen\*. \*El País\*.](#)

6. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (mayo de 2020). [Ⓞ \*Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya\*.](#)

bajadores menos cualificados de las ciudades, dado que la enfermedad se transmitía por piojos y, por tanto, se asociaba a la pobreza, el hacinamiento y la falta de higiene. Ante la incapacidad para controlar la epidemia, se recurrió a culpabilizar a las víctimas. El Régimen argumentó que la enfermedad era una lacra heredada de la República y aprovechó que muchos de los enfermos eran los perdedores de la guerra para aplicarles duras medidas que excedían el ámbito sanitario: multas, sanciones, despidos y destierros en masa. En el caso de Valencia, durante la primavera de 1941 estas expulsiones afectaron a unas 3.000 personas, muchas de las cuales nada más salir de la ciudad «se tiraban del tren y huían»<sup>7</sup>. Los sectores marginales de la población española fueron la víctima propiciatoria del tifus exantemático, como corresponde a una enfermedad social de sus características.

Las autoridades sanitarias españolas se situaron en la línea del internacionalismo sanitario de la “Nueva Europa” que lideró la Alemania nazi durante los primeros años de la II Guerra Mundial<sup>8</sup>. El tifus exantemático desempeñó un papel central en la estrategia de control social y, en definitiva, en una política que legitimaba el autoritarismo del régimen. Ciertamente, las epidemias que asolaron la España de posguerra dificultaban la legitimación del régimen franquista, basada, en gran medida, en una imagen de “patria sana”. De ahí que el Régimen minimizara en un primer momento la intensidad de la epidemia de tifus exantemático y, posteriormente, ocultara y diluyera el número de afectados, tanto de casos, como de defunciones. Al verse desbordado por la virulencia de la epidemia, el régimen franquista tuvo que recurrir a la colaboración de los expertos internacionales. Como ha estudiado Esteban Rodríguez Ocaña, los responsables de la sanidad española se encontraban en una peculiar encrucijada científica debido a sus relaciones, por un lado, con los expertos de la Fundación Rockefeller y, por otro, con las autoridades sanitarias alemanas. De hecho, John C. Snyder se desplazó a Madrid para estudiar la efectividad de la vacuna antitífica de Herold Cox en condiciones epidemiológicas reales. A su vez, médicos espa-

7. Vidal Jordana, J. (1946). *El brote epidémico de tifus exantemático en Valencia, años 1941-1943: consideraciones epidemiológicas*. Valencia: Instituto Provincial de Sanidad de Valencia.

8. Brydan, D. (2016). © *Axis Internationalism: Spanish Health Experts and the Nazi ‘New Europe’, 1939-1945*. *Contemporary European History*, 25(2), 291-311.

ños fueron pensionados en Alemania para aprender técnicas de obtención de vacunas contra el tifus exantemático; y expertos centroeuropeos, entre ellos Herman Mooser, visitaron España con el fin de comprobar la eficacia de las vacunas y de los sueros disponibles, y de enseñar estrategias preventivas contra la enfermedad<sup>9</sup>.

El pasado 26 de marzo, tras varias semanas de declaraciones negacionistas, el presidente Donald Trump afirmaba: «nadie habría pensado jamás que pudiera ocurrir algo así». Es ridículo este comentario en un líder internacional si se tienen en cuenta las plagas de peste, viruela o cólera, o las recientes epidemias de Ébola, la gripe aviar y otras enfermedades emergentes. Como decía Siri Hustvedt<sup>10</sup> en un reciente artículo, esa expresión hiperbólica también supone una alarmante falta de conexión con el pasado, por otro lado muy característica de nuestro presente incapaz de aprender de la experiencia pasada, pues lo que está ocurriendo “ya lo hemos visto antes”.

⊙ Xavier García Ferrandis

*Investigador en la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”.*

⊙ Àlvar Martínez-Vidal

*Investigador del Institut Interuniversitari López Piñero (Universitat de València).*

---

9. Rodríguez Ocaña, E. (2017). ⊙ *Tifus y laboratorio en la España de posguerra*. *Dynamis*, 37(2), 489-515.

10. Hustvedt, S. (3 de abril de 2020). ⊙ *Vivo con miedo, imagino el futuro*. *El País*.

# Enfermedad y desigualdad social: la epidemia de latirismo en la posguerra civil española

Isabel del Cura

*Unidad de Investigación de la Gerencia Atención Primaria de Madrid*

*Universidad Rey Juan Carlos*

Rafael Huertas

*Instituto de Historia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)*



Con frecuencia se insiste en que la enfermedad por coronavirus (COVID-19) no conoce de fronteras, ideologías y clases sociales. Es un enemigo común en un escenario de salud global. Sin embargo, en esta epidemia, como en cualquier otra que consideremos a lo largo de la historia, los más desfavorecidos son, invariablemente, los más perjudicados. No solo porque el confinamiento sea más llevadero en unas habitaciones amplias y ventiladas que en pisos interiores, pequeños y seguramente hacinados o en campos de refugiados<sup>1</sup>, sino porque las consecuencias económicas de la epidemia dejarán a muchos trabajadores en situación muy precaria, en países con un tejido económico muy deteriorado<sup>2</sup>. La habitual comparación de la epidemia con una guerra «que hay que ganar al virus», no es solo una metáfora que hace de consigna para que la población «unida» colabore en la lucha hasta vencer, permite también entrever que habrá una «poscrisis» o «posguerra», que cuando termine la crisis, habrá pobreza, conflicto social y enfermedad. Será necesario un esfuerzo de reconstrucción nacional y

---

1. Franco, M. (18 de marzo de 2020). [© \*Salud urbana y crisis del coronavirus: en confinamiento la desigualdad se magnifica\*. SINC.](#)

2. Burgen, S. y Jones, S. (1 de abril de 2020). [© \*Poor and vulnerable hardest hit by pandemic in Spain\*. The Guardian.](#)

un decidido desarrollo de las políticas sociales y de protección que tengan en cuenta las desigualdades sociales como causa de otras enfermedades y otras posibles epidemias.

La epidemia de latirismo que tuvo lugar tras la Guerra Civil española, no fue provocada por una enfermedad infecto-contagiosa, fue una epidemia que tuvo una relación directa con el hambre y la desigualdad social, consecuencia directa de las condiciones socio-económicas de los primeros años de la dictadura franquista, tiempos de represión política, pero también de hambre y pobreza para amplios sectores de la población. La falta de abastecimiento y la carestía de los alimentos propiciaron una economía de subsistencia que dio lugar a que, en muchas zonas del país, se produjera un aumento de la producción y del consumo de una planta leguminosa (*Lathyrus sativus*) conocida popularmente como almorta, guija, muela o tito, y que se consume en forma de semilla o previa transformación en harina (las populares gachas). Su ingesta excesiva y monótona, mantenida en el tiempo por períodos de 1 a 3 meses en cantidades mínimas diarias de 200-400 gr. puede desencadenar una afección neurológica tóxica sobre individuos normales o sobre población desnutrida, que se conoce como neurolatirismo y se caracteriza por una lesión generalmente irreversible del sistema piramidal, por afectación de la motoneurona superior, y que suele acabar concretándose en el desarrollo de un paraparesia espástica con hiperreflexia de miembros inferiores.

El primer brote epidémico se registró en 1848 en la India, estimándose en 1868 que el 7% de la población de la región noroccidental del país padecía la enfermedad. Cinco años más tarde, el médico napolitano Arnoldo Cantani propuso el término «latirismo» como denominación de dicha patología neurológica. Una afección que se hizo presente en Europa en épocas de guerra y hambrunas y que sigue siendo endémica en zonas del planeta afectadas por el hambre y la sequía.

La epidemia más importante de latirismo que afectó a la población civil en la Europa del siglo XX fue, sin duda, la que tuvo lugar en España después de la Guerra Civil. Aunque se publicaron casos aislados de latirismo durante toda la década de los cuarenta, el brote epidémico tuvo lugar entre 1941 y 1943. La primera comunicación de un caso de latirismo apareció en enero de 1941 en las *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, en cuyas páginas Juan José López Ibor y Manuel Peraita publicaban el caso de un joven jornalero de Consuegra

(Toledo), que tres semanas después de sentirse débil y tener calambres y hormigueos en las piernas, presentó de forma súbita un cuadro de parálisis de miembros inferiores que le obligaba a caminar con muletas. Se describieron casos en 25 provincias españolas con mayor incidencia en Castilla y Cataluña. La epidemia afectó fundamentalmente a las zonas productoras y consumidoras habituales de almorta (las comarcas de La Mancha y Tierra de Campos). También se presentaron casos en provincias que no cultivaban almorta y que comenzaron a importarla, como Vizcaya, Guipúzcoa y algunas zonas de Barcelona<sup>3</sup>. Aunque no se dispone de estadísticas oficiales del número de afectados, ya que al no ser una enfermedad infecciosa la declaración de los casos no era obligatoria, y su mortalidad fue excepcional, sí contamos con diversas estimaciones sobre la incidencia de la epidemia. Entre estas pueden destacarse las realizadas por Francisco Grande Covián, quien en una carta enviada en 1942 a su colega estadounidense W.D. Robinson –investigador de la Fundación Rockefeller– afirmaba que los casos diagnosticados se elevaban a 1.000 (ambos investigadores habían colaborado un año antes en el diseño y desarrollo de una encuesta nutricional en un barrio obrero de Madrid<sup>4</sup>), y por Carlos Jiménez Díaz y su grupo, que recopilaron 549 casos entre sus propias observaciones y las enviadas por otros colegas de diferentes provincias<sup>5</sup>.

Diferentes estudios en los meses siguientes permitieron establecer que el latirismo afectaba mayoritariamente a hombres jóvenes, que trabajaban como jornaleros o como obreros industriales, expuestos a un consumo monótono, continuado y masivo de almortas. La enfermedad no afectaba a las clases más acomodadas, que tenían una dieta más variada, ni a las más pobres –y desnutridas– que no podían adquirir el producto. Cabe señalar que el alto contenido calórico de la almorta, hacía que los pacientes latíricos, a pesar de tener un claro déficit alimentario, no presentaban cuadros de malnutrición. Desde el principio de la epidemia hubo unanimidad en relacionar la enfermedad con el consumo

---

3. Del Cura M.I. y Huertas, R. (2007). *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947*. Madrid: CSIC.

4. Del Cura, M.I y Huertas, R. (2009). © *Public Health and Nutrition after Spanish Civil War. An Intervention by the Rockefeller Foundation*. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1772-1779.

5. Jiménez-Díaz, C., Ortiz de Landázuri, E., y Roda E. (1943). Síntesis de datos clínicos y experimentales para el conocimiento de la patogenia del latirismo. *Revista Clínica Española*, 8, 154-166.

de *Lathyrus sativus*, sin embargo, su mecanismo de acción suscitó debates y opiniones encontradas. Las teorías etiopatogénicas que se discutieron fueron tres: infecciosa, carencial y tóxica. Las peculiaridades de la enfermedad, en cuanto al número y características de los pacientes afectados, así como las experiencias con animales de laboratorio, hicieron que las ideas sobre sus causas transitaran desde la infección a la intoxicación, matizadas siempre por la existencia de algún factor protector o alguna característica individual que explicara por qué la enfermedad aparecía solo en algunos sujetos y no en todos los expuestos. Muchos años después se identificó un compuesto neurotóxico de la semilla de *Lathyrus sativus* caracterizado como B(N)-Alfa-B-diaminopropionic acid (BOAA) como mecanismo implicado en el neurolatirismo en humanos.

La descripción *princeps* del latirismo había sido realizada en 1917 por el profesor de farmacología de la Universidad de Glasgow Ralph Stockman<sup>6</sup>. En el caso español se presentaron algunas diferencias en la fase inicial de la enfermedad: los síntomas prodrómicos observados (frialdad de extremidades, calambres, temblor, alteración de los esfínteres vesical y rectal) variaban en los distintos focos de la epidemia<sup>7</sup>. Una vez establecida la afección motora, las descripciones clínicas se hacían más homogéneas y coincidían en la instauración rápida de una intensa paraparesia espástica que obligaba al sujeto a apoyarse en la punta de los dedos para andar (marcha digitigrada), con el cuerpo echado hacia delante y arrastrando el pie que deseaba mover. La exploración neurológica mostraba una paraparesia espástica pura con un cuadro piramidal limitado a miembros inferiores. Se trata de descripciones clínicas en la misma tradición de finura semiológica que, tan solo algunos años antes, en plena Guerra Civil y durante el sitio de Madrid<sup>8</sup>, habían llevado a la descripción de neuropatías carenciales, y del llamado síndrome parestésico-causálgico<sup>9</sup>.

6. Stockman, R. (1917). © [Lathyrism in man](#), *Edinburgh Medical Journal*, 19, 277-97.

7. Del Cura, M.I. y Huertas, R. (2009). © [Describiendo el neurolatirismo. Los clínicos ante la epidemia de latirismo en la España de la posguerra](#). *Revista de Neurología*, 48(5), 265-270.

8. Del Cura, M.I. y Huertas, R. (2008). © [The siege of Madrid \(1937-1939\). Nutricional and clinical studies during the Spanish civil war](#). *Food and History*, 6(1), 193-214.

9. Huertas, R. y Del Cura, M.I. (2010). © [Deficiency Neuropathy in Wartime: The 'Paraesthetic-Causalgic Syndrome' Described By Manuel Peraita During the Spanish Civil War](#). *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, 173-181.

En la actualidad el *Lathyrus sativus* se cultiva en grandes zonas de Bangladesh, China, la India, Birmania, Nepal y Pakistán, así como en Europa meridional y en algunas regiones de África y América del Sur, donde su consumo sigue siendo habitual<sup>10</sup>, presentándose brotes epidémicos en situaciones de hambruna. Se plantea, en este sentido, una etiología multifactorial en la que la malnutrición, la baja inmunidad, el tiempo de exposición a la toxina de la legumbre, los hábitos de cocina, la susceptibilidad genética, las infecciones concurrentes y los factores ambientales pueden dar lugar a una neurotoxicidad de intensidad variable. Es indudable que se trata de una enfermedad social, entendiendo como tal la que tiene su origen en la propia organización de la comunidad y, más concretamente, en la desigualdad social. La epidemia «española» es una buena muestra de que, independientemente de la latitud en la que la enfermedad aparezca, seguirá siendo una «enfermedad del hambre» –que también es un problema de salud global–, siendo invariablemente, los más desfavorecidos, los más pobres, quienes la padecen.

◉ *Isabel del Cura*

*Coordinadora de la Unidad de Investigación de la Gerencia Atención Primaria de Madrid.  
Profesora Asociada en el Departamento Especialidades Médicas y Salud Pública de  
Universidad Rey Juan Carlos.*

◉ *Rafael Huertas*

*Profesor de Investigación en el Departamento de Historia de la Ciencia  
Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).*

---

10. Mishra V.N., Tripathi, C. B., Kumar, A. Nandmer, V. et al. (2014). ◉ [\*Lathyrism: has the scenario changed in 2013?\*](#) *Neurological Research*, 36(1), 38-40.

# MUNDIALIZACIÓN

## III.- LA MUNDIALIZACIÓN DE LA SALUD



# Pandemias y mundialización de la salud (I)

Esteban Rodríguez Ocaña

*Universidad de Granada*



La narrativa política de las epidemias parte de que la enfermedad pestilencial representa una amenaza mortal contra la nación, a la que pretende debilitar o destruir. Por esa razón es habitual encontrar que en tiempos de crisis epidémicas los gobiernos acentúen su capacidad coercitiva<sup>1</sup>. En opinión de Luis Mercado, médico de Felipe II, los remedios de la peste eran tres: «Oro, para no reparar en costa ninguna que se ofrezca. Fuego, para quemar ropa y casas, que ningún rastro deje. Castigo público y grande para quien quebrare las leyes y el orden que se les diere en la defensa y cura de estas enfermedades»<sup>2</sup>. No es ocioso recordar que el origen de la administración sanitaria se produjo en las ciudades estado del Norte de Italia a partir de la pandemia de peste del s. XIV, con la que se inauguró un ciclo de más de tres siglos de presencia de la pandemia en tierras europeas occidentales, como bien explicaba José Luis Betrán en un [artículo para \*Conversación sobre la Historia\*](#), enlazado también en el blog [Epidemias y salud global](#). La aceptación de la naturaleza exótica de la enfermedad epidémica estaba de acuerdo con una línea de actuación preventivo-moral muy

---

1. Esta nota compendia ideas contenidas en dos textos publicados con anterioridad: Rodríguez Ocaña, E. (1995). Medicina y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización. En: J.L. Barona (Ed.), *Malaltia i cultura* (pp. 207-224). València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; y Rodríguez-Ocaña, E. (2010). La protección de la salud ¿tiranía o defensa? En: E. Perdiguero-Gil y J. M. Vidal Hernández, (Eds.), *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno* (pp. 165-180). Menorca: Institut Menorquí d'Estudis.

2. Luis Mercado (1599). [El libro de la peste](#). Madrid: Pedro Madrigal. La colección de Clásicos de la Medicina Española la publicó en 1921, con una introducción sobre Luis Mercado y sus obras de Nicasio Mariscal.

antigua, la que implicaba evitar la contaminación. Esto se tradujo en la exclusión de todo contacto con las zonas y personas afectadas, a través de la institución de medidas cuarentenarias.

Durante la Edad Moderna, la ampliación del mundo conocido por los europeos, fruto de su expansión transoceánica, produjo el fenómeno conocido por la historiografía como la unificación microbiana del mundo<sup>3</sup>, al que se le achacaría una parte sustancial de la reducción de la mortalidad. Valeska Huber sugiere que, a lo largo del Ochocientos, lo que se produjo fue la unificación del mundo *contra* las enfermedades producidas por dichos patógenos, justamente cuando el mundo se volvía cada vez más pequeño a consecuencia de la revolución tecnológica en los transportes<sup>4</sup>.

El elevado coste social de las medidas de aislamiento, en una época en que las comunicaciones y el auge del comercio formaban parte de la columna vertebral de la sociedad, produjo grandes resistencias, en especial durante el siglo XIX. El argumento científico-médico a combatir fue la doctrina conocida como *anticontagionismo*, ligada en muchos de sus portavoces a opciones políticas liberales o ultraliberales.

A lo largo de dicho siglo, se reunieron nueve Conferencias Sanitarias Internacionales, que sumaron 14 hasta 1938, con el objetivo expreso de enfrentarse al problema mundial de las enfermedades transmisibles mediante la cooperación y la estandarización de los procedimientos preventivos. Las Conferencias, junto con la puesta en marcha de la Unión Telegráfica Internacional (1865), la Unión Postal Universal (1874) y la Unión Internacional de Pesas y Medidas (1875), fueron hitos en la construcción de una estandarización conveniente para el desarrollo capitalista, y contribuyeron a la creación de una visión unificada del mundo.

Dichas conferencias fueron espacios de competencia entre las potencias a la vez que de forja de identidades (las de Rusia o Turquía como *naciones modernas*, por ejemplo); en ellas, internacionalismo y nacionalismo apare-

---

3. Le Roy Ladurie, E. (1973). Un concept: l'unification microbienne du monde (XIVème -XVIIème siècles). *Revue suisse d'histoire*, 23(4), 627-696. McNeill, W.H. (1984) [1976]. *Plagas y pueblos*. México: Siglo XXI. Esta visión biologicista ha sido discutida por, entre otros, Kunitz, S. J. (1983). Speculations on the European mortality decline. *Economic History Review*, 36(3), 349-364.

4. Huber, V. (2006). The unification of the globe by disease? The international sanitary conferences on cholera, 1851-1894. *The Historical Journal*, 49(2), 453-476.

cían mezclados de manera inextricable y la conciencia de *un solo mundo* se sustentó sobre una base de inmensa confianza eurocéntrica. Porque el objeto central de las mismas no fue sino la defensa de Europa, envuelta en forma de misión civilizadora de Occidente bajo la égida de la higiene, frente al mal que venía de Asia.

No está de más recordar que fue este el único problema en el que se estableció una colaboración intereuropea fructífera durante el Ochocientos, como subrayó un diplomático belga, Edouard Seve, en la conferencia de 1881<sup>5</sup>. Podríamos preguntarnos si la visión, construida en las Conferencias Sanitarias decimonónicas, de un mundo escindido *entre la civilización y la barbarie*, continúa presente en la trastienda de la gobernanza de la salud global, sustentando la brecha Norte-Sur y generando hegemonías y exclusiones<sup>6</sup>.

Anne Hardy y Patrice Bourdelais han detallado el triunfo del *English System* o sistema neo-cuarentenario en Occidente<sup>7</sup>, que, antes de la incorporación de la bacteriología, ya puso el énfasis sobre las personas y no sobre los lugares –si bien resultaba, para los afectados, tan duro como la más feroz de las cuarentenas, puesto que implicaba aislamiento, destrucción/desinfección de las propiedades, ingreso obligatorio en hospital, etc. El sistema propuesto por Gran Bretaña, centrarse en la vigilancia de los sospechosos y no en el lugar de procedencia de mercancías o pasajeros, se impuso doctrinalmente desde la reunión sanitaria internacional de Constantinopla (1865) y prácticamente desde la convención de Venecia (1892); pero se hizo a costa de exportar los inconvenientes hacia los extremos orientales de sus áreas de expansión imperialista. Las Juntas de Sanidad de Constantinopla (1839), Tánger (1840) y el Consejo Cuarentenario de Egipto (1843), órganos a los que se incorporaron médicos sanitarios europeos en 1847, así como los posteriores Consejos sanitarios de Esmirna, Beirut, Alejandría, El Cairo, Damas-

---

5. Organización Mundial de la Salud (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. 14.

6. Aginam, O. (2003). © [The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy: A Postcolonial View](#). *LGD (Law, Social Justice & Global Development)*, 1.

7. Hardy, A. (1993). © [Cholera, quarantine and the English preventive system](#). *Medical History*, 37(3), 250-269. Bourdelais, P. (2003). *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*. Paris: Éditions La Martinière. Existe una traducción al inglés editada en 2006: *Epidemics laid low. A history of what happened in rich countries*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

co, Suez y Teherán, donde se aplicaban los principios de vigilancia primaria, *in situ*, e inspección sanitaria secundaria, crearon las bases materiales para que tal cambio fuera efectivo en Occidente. En este sentido, la exportación de inconvenientes hacia las periferias actuó como mecanismo nivelador de los desacuerdos sanitarios intereuropeos. Sin embargo, cuando Egipto, en 1903, solicitó aplicar el mismo régimen sanitario que existía en los puertos europeos, las potencias occidentales se negaron<sup>8</sup>.

La perspectiva eurocéntrica dominante en las Conferencias implicó que la dominación militar y política fuera acompañada de la hegemonía de la medicina occidental. En las intervenciones de los delegados en las Conferencias Internacionales, las poblaciones orientales eran descritas como envueltas en miseria y suciedad, ignorantes de la higiene más elemental. Este perfil de sub-humanidad peligrosa permitió justificar las rigurosas medidas que se les imponían. Al mismo tiempo, en la conciencia occidental, los inconvenientes asociados a las medidas de incomunicación en aquellos lugares se entendían como de menor importancia que en Europa, pues, en la opinión de los delegados, las relaciones comerciales estaban menos desarrolladas, las gentes viajaban más despacio e incluso el tiempo tenía otro valor en aquellos territorios, por lo que serían menos vejatorias.

Las Conferencias, en particular a partir de 1866, sentaron el principio metodológico central de la discriminación entre las personas que se desplazaban, sustituyendo el argumento geográfico (procedencia) por la caracterización personal. Pero en este punto lo «individual» se asignaba atendiendo a su origen comunitario. En efecto, hubo personas sospechosas *per se* como los peregrinos árabes en general, y, desde 1893, todas las personas gitanas, nómadas y los trabajadores en migraciones estacionales transfronterizas. De manera paralela existían personas no sospechosas (militares en campaña, buques de guerra, pasajeros occidentales, viajeros acomodados, etc.). Las reglas de protección eran distintas en cada caso, lo que configuraba las fronteras sanitarias como membranas semipermeables; en cierta forma, podríamos decir que crearon los grupos de riesgo.

---

8. Bourdelais, P. (2003). *Les épidémies terrassées...*, p. 122.

Para conseguir actuar lo más lejos posible de las metrópolis y lo más cerca posible de los focos infecciosos originarios se acordó crear una Agencia Internacional de Notificación Sanitaria (1885), encargada de transmitir aviso de la aparición de puntos focales, agencia que en 1903 se convirtió en la Oficina Internacional de Higiene Pública asentada en París. Esta llegó a coexistir con la Organización de Sanidad de la Sociedad de Naciones (1920-1944) hasta ser absorbida por la Organización Mundial de la Salud (1948).

**Esteban Rodríguez Ocaña**

*Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada.*

## Pandemias y mundialización de la salud (II)

Esteban Rodríguez Ocaña

*Universidad de Granada*



«*Los riesgos naturales son inevitables, el desastre no lo es*»<sup>1</sup>

Un efecto de la reiteración histórica de fenómenos epidémicos de características catastróficas ha sido el nacimiento de medidas de precaución, desde las administraciones sanitarias del siglo XIV a las Conferencias sanitarias internacionales del siglo XIX. En el capítulo anterior acababa mostrando cómo los intereses de las potencias europeas cristalizaron en los primeros organismos sanitarios internacionales contra las enfermedades transmisibles «que constituyen o pueden constituir una amenaza permanente para los Estados civilizados», como afirmó uno de los promotores de la Oficina Internacional de Higiene Pública<sup>2</sup>.

Las conferencias sanitarias, a partir de 1892, alcanzaron acuerdos, plasmados bajo la forma jurídica de Convenios, acerca de las precauciones a seguir con la peste, el cólera o la fiebre amarilla, por separado, aunque no siempre contaron con la firma de todos los países participantes<sup>3</sup>. En 1903 se unificaron en un único Convenio Sanitario Internacional para las tres amenazas citadas, si bien su ámbito casi exclusivo fue el tránsito que atravesaba el Mediterráneo. Por ello en 1905 se aprobó un Convenio Sanitario Interamericano, para extender una protección similar al comercio interamericano, bajo la dirección

---

1. Jones, L. (2018). *The big ones: how natural disasters have shaped us (and what we can do about them)*. New York City: Doubleday.

2. Organización Mundial de la Salud (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. 18.

3. Fidler, D. (2001). The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 842-849.

de los Estados Unidos. El Convenio internacional se actualizó en 1912<sup>4</sup> y, de nuevo, en 1926, en París. Este último fue el primero realmente universal, pues consiguió la firma de alrededor de 60 Estados, y trataba sobre la protección frente a peste, cólera, fiebre amarilla, viruela y tifus exantemático. En 1935 se tomó en cuenta por primera vez el tráfico aéreo. Entre 1944 y 1946, por encargo de los países aliados, su administración corrió a cargo de UNRRA, la organización creada para atender las urgencias de los países destrozados por la guerra y pasó a ser una de las primeras obligaciones de la nueva Organización Mundial de la Salud, aprobada en 1946.

En efecto, durante los dos años que duró la puesta en marcha de la OMS, el Comité Interino acordado en la Asamblea fundacional de Nueva York fue encargado explícitamente de hacerse cargo de esta tarea de UNRRA. Si bien la formulación definitiva de la Carta de Constitución de la OMS a este respecto fue sobria y pragmática, en la propuesta presentada por el Reino Unido ante el Comité encargado de preparar aquella Asamblea se explicitaba la urgencia y trascendencia de dicha función, en línea con el principio de mínimos daños al comercio<sup>5</sup>. Diversos delegados, incluyendo al presidente de la Asamblea, el croata Andrija Stampar, defendieron que la existencia de una única organización de extensión mundial beneficiaría la cooperación antiepidémica al hacer más fácil su actualización sucesiva, sustituyendo las Conferencias sanitarias *ad hoc* por el funcionamiento regular de la nueva OMS. Incluso países que no pertenecían a la misma, como España, impedida por su exclusión de Naciones Unidas, utilizaron tal argumento para defender su incorporación<sup>6</sup>.

En 1950, la Tercera Asamblea Mundial de la Salud (WHA3) acordó estudiar dicho asunto y al año siguiente se aprobó (WHA4) el Reglamento Sanitario Internacional-2, donde se recopilaban las medidas sanitarias genera-

---

4. El índice del mismo se puede ver en Barona, J.L. y Bernabeu-Mestre, J. (2008). *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: PUV, pp. 317-319.

5. United Nations (1947). *Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference held in Paris from 18 March to 5 April 1946*. New York-Geneva: United Nations, pp. 42-45.

6. Clavero de Campo, G. (1948). Sanidad internacional. La Organización Mundial de la Salud. *SER, Revista de Medicina*, 67, 5-7.

les frente a todas las enfermedades cuarentenarias y las aplicables a cada una en particular. Estas eran la peste, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tifus exantemático y la fiebre recurrente, aunque algunas delegaciones se opusieron a incluir esta última. Los anexos recogían minuciosamente el control de las peregrinaciones a La Meca, caballo de batalla de las Conferencias decimonónicas tras la apertura del Canal de Suez, así como la documentación que podía ser requerida en las fronteras. La propuesta aprobada en la WHA4 explicaba su conveniencia «para asegurar la mayor seguridad frente a la difusión internacional de la enfermedad con el menor trastorno del tráfico mundial»<sup>7</sup>.

Dicho Reglamento se retocó en 1969, 1973 y 1981, siempre a instancias de gobiernos occidentales, que habían visto la sustitución en sus territorios de la mortalidad infecciosa por la debida a enfermedades degenerativas y metabólicas. Para entonces, la lista de enfermedades cuarentenarias se había reducido a las tres tradicionales, peste, fiebre amarilla y cólera. De manera paralela a estos desarrollos, existía desde 1948 una red internacional de laboratorios de investigación virológica para estudiar la gripe, en la que se basaba la OMS cada año para decidir la composición de la vacuna recomendada. Del mismo modo se establecieron redes similares, con centros nacionales e internacionales de referencia y centros colaboradores de la OMS en torno a diferentes problemas infecciosos o de otra naturaleza. Ya en las décadas de 1950 y 1960, se desarrolló la técnica moderna de vigilancia epidemiológica, que tuvo su primera representación institucional en el CDC de Atlanta (*Communicable Disease Center* hasta 1970, que se convirtió en los *Centers for Disease Control and Prevention*) y que la OMS aplicó a escala global<sup>8</sup>.

A partir de la detección del VIH-sida, el mundo vivía lo que algunos autores han denominado «tercera transición epidemiológica», causada por la presencia cada vez más evidente de enfermedades transmisibles nuevas, en su mayoría de etiología vírica, o por la extensión insospechada de otras ya

---

7. World Health Organization (1952). *International Sanitary Regulations. Proceedings of the Special Committee and of the Fourth World Health Assembly*. Geneva: World Health Organization [Off. Rec., n.37].

8. Raska, K. (1996). Vigilancia nacional e internacional de las enfermedades transmisibles. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, 20, 359-365.

conocidas pero que desbordan los recursos con los que se las había dominado<sup>9</sup>. Consecuencia de los brotes catastróficos por la fiebre hemorrágica del virus Ébola en Sudán y Zaire en 1976, la OMS reconoció la necesidad de estar prevenidos e inició pasos hacia una estrategia para el control de emergencias causadas por enfermedades transmisibles, en consultas informales mantenidas en Ginebra en noviembre de 1981<sup>10</sup>. Entre 1987 y 1992, la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos, entonces denominada Instituto de Medicina, publicó tres informes llamando la atención sobre este problema. El informe de 1992, *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*, situó el problema en la esfera pública y el presidente Clinton lo incluyó en el contexto de las amenazas a la seguridad nacional en una directiva de 1996. El impacto combinado de importantes científicos e instituciones de prestigio norteamericanas y la aportación de escritores y periodistas famosos consiguió llamar la atención del Congreso de Estados Unidos y de políticos de otros países industrializados, a los que se sumó la OMS a partir de 1994<sup>11</sup>. De forma contundente, la WHA48 (1995) acordó crear un nuevo departamento central de la OMS, la División de Vigilancia de Infecciones Emergentes (transformado en 1998 en el Programa contra las Enfermedades transmisibles, *Communicable Diseases Cluster*). Su punto de partida era el reconocimiento del acelerado proceso de urbanización caótica en muchos lugares del planeta, la frecuencia de viajes, los cambios en la tecnología de producción, distribución y manipulación de alimentos y la extensión de las zonas habitadas por los seres humanos, a lo que se sumaba la falta de una vigilancia mundial coordinada, la «ausencia general» de los medios de diagnóstico necesarios para identificar con precisión los microorganismos patógenos y la escasez de personal sanitario cualificado. Su misión, pues, era reforzar la vigilancia epidemiológica, coor-

---

9. Bernabeu Mestre, J. (2004). Epidemias y globalización. Nuevos y antiguos retos en el control de las enfermedades transmisibles. *Revista de Historia Actual*, 2, 127-136.

10. World Health Organization (1981). International teams and collaborating centres: agenda item 6.4. En *World Health Organization & Informal Consultation: strategies for the Control of Emergencies caused by Epidemics of Communicable Diseases*. Geneva: World Health Organization.

11. Cueto, M., Brown, T.M. y Fee, E. (2019). *The World Health Organization. A history*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 252-259.

dinarla y fortalecer la respuesta a las infecciones emergentes, para lo cual formuló un primer plan estratégico en 1996. La misma resolución n° 13 de la WHA48 instaba a los Estados miembros a que procuraran la resolución de dichos problemas.

Consecuentemente, se abrió una nueva ronda de contactos para actualizar el Reglamento Sanitario Internacional (resolución n° 7, WHA48), que se aprobó, una vez modificado, en 2005<sup>12</sup>, aprovechando la dinámica creada por la aparición del síndrome respiratorio agudo severo, primera emergencia mundial de salud pública (EMSP) del siglo XXI. Desde entonces, hasta el 30 de enero de 2020 (COVID-19), se han declarado otras cinco.

El RSI-2005 (Reglamento Sanitario Internacional), que no señala ninguna enfermedad concreta, incorpora las exigencias básicas de la vigilancia epidemiológica, incluyendo la vigilancia activa, aunque sigue dejando la principal responsabilidad de la información en los gobiernos locales, quienes deben, igualmente, establecer planes de control de la difusión de los brotes. Una EMSP es el acontecimiento extraordinario que pone en riesgo la salud pública por la expansión internacional de la enfermedad de que se trate y que requiere una respuesta coordinada internacionalmente. Es un instrumento que conecta la lucha contra las enfermedades emergentes y la preparación estratégica frente a las crisis sanitarias de cualquier origen, acotada a partir de 2016 por la WHA59<sup>13</sup>. Su declaración permite que la OMS haga recomendaciones formales a los países y estimule la recogida de fondos, material y expertos de los diferentes países miembros. En ningún caso es de obligado cumplimiento, la potestad de acción continúa en manos de los gobiernos e instituciones locales.

La declaración de EMSP, por su impacto sobre la economía globalizada y sobre las personas, es un proceso donde intervienen muchas consideraciones, no solo las científicas. La reflexión sobre las emergencias ya pasadas del siglo XXI se ha fijado, entre otros aspectos, en la tardanza mayor o menor en su declaración desde la aparición local del «acontecimiento ex-

---

12. Organización Mundial de la Salud (2016) [2006]. *Reglamento sanitario internacional (2005)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

13. World Health Organization (2017). *A strategic framework for emergency preparedness*. Geneva: World Health Organization.

traordinario». Entre sus conclusiones destaca que no existe una relación mecánica entre las características clínicas y epidemiológicas de una enfermedad y su conversión en amenaza internacional<sup>14</sup>; es más, la rapidez en la declaración se ha encontrado directamente relacionada con su presencia en territorio norteamericano<sup>15</sup>. El esquema securitario, que, en la práctica, reemplaza en el discurso gubernamental al interés económico o colonial, hace que sea el bienestar de los países acomodados el que determine actuaciones globales. ¿Y cómo se compagina esta evidencia con la propuesta estratégica en vigor desde hace 140 años de que hay que atajar los riesgos en su *hot spot*, su lugar de aparición?

**Esteban Rodríguez Ocaña**

*Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada.*

---

14. Packard, R.M., Brown, P.J., Berkelman, R.L., Frumkin, H. (Eds.). (2004). *Emerging illnesses and society: negotiating the public health agenda*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.

15. Hoffman, S.J. y Silverberg, S.L. (2018). Delays in global disease outbreak responses: lessons from H1N1, Ebola, and Zika. *American Journal of Public Health*, 108(3), 329-333.

# La perspectiva histórica de la dimensión social de las epidemias en la lucha contra la COVID-19

Josep Bernabeu-Mestre

*Universidad de Alicante*

María Eugenia Galiana Sánchez

*Universidad de Alicante*



Como ya ocurrió con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo de 2003, conocido con las siglas SARS, o la gripe A de 2009<sup>1</sup>, la pandemia del coronavirus ha vuelto a poner de actualidad la condición de proceso social de carácter global que encierran problemas de salud pública de esta naturaleza, así como la necesidad de contemplar dicha dimensión tanto al analizar las causas, como al abordar las consecuencias de la COVID-19.

En el presente ensayo se pretende analizar uno de los antecedentes históricos que enfatizaron el papel de las condiciones sociales en el desarrollo de las enfermedades infecciosas. Así ocurrió durante el período de entre-guerras del siglo pasado y, más concretamente, en el diseño de algunas de las estrategias que impulsó el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones.

El que fuera miembro del Consejo de Dirección de dicho Comité, el médico francés Léon Bernard (1872-1934), publicaba en 1927 un texto programático sobre la cooperación sanitaria internacional<sup>2</sup>. Además de reivindicar su adaptación a la nueva realidad global que se había conformado tras la Primera Guerra Mundial y el impacto de la pandemia de gripe de 1918, planteaba la necesidad de reconsiderar los parámetros que habían guiado la lucha contra las enfermedades infecciosas, también a nivel internacional.

---

1. Gómez Gil, C. (25 de abril de 2020). © [La dimensión social de la epidemia](#). *Diario Información*.

2. Bernard, L. (1927). © [La coopération sanitaire internationale](#). *Marseille Médical*, 34, 747-761.

Bernard introducía el concepto de enfermedades en movimiento, al considerar que la movilidad creciente e incesante de la población, con migraciones en todas las direcciones, había convertido a los seres humanos en portadores de las enfermedades y exponía a todo el planeta a los mismos peligros sanitarios.

Se trataba de un conjunto de circunstancias que obligaban a reconsiderar la forma de entender la cooperación sanitaria internacional, a intentar establecer una barrera eficaz frente al peligro común, y a formular un programa general de cooperación que permitiese cumplir con uno de los principales objetivos del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones: acordar medidas de orden internacional para prevenir y combatir las enfermedades de naturaleza infecciosa.

Dichas medidas debían basarse en el conocimiento científico y técnico. Por esta razón se insistía en el papel que estaban llamados a desempeñar los expertos o, como indicaba el profesor Bernard en su texto al referirse a los colaboradores del Comité de Higiene, «individualidades elegidas por su competencia personal». Actores que debían sumar a su voluntad de cooperación a nivel global, una mentalidad común y una solidaridad intelectual que permitiesen avanzar en el esfuerzo conjunto exigido por la dimensión global de los retos a abordar.

Todos los países compartían los mismos problemas de salud y también debían hacerlo con la forma de abordarlos. En función de los nuevos procesos de propagación de la enfermedad infecciosa, frente o junto a la clásica desinfección, pasaban a adquirir protagonismo otras estrategias como las campañas sanitarias, con la higiene social y la educación para la salud (o la enseñanza popular de la higiene, en palabras de Léon Bernard) como ejes centrales.

Desde la perspectiva de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud, las medidas higiénicas de carácter general, debían complementarse con las de «educación social» y con las relacionadas con la vigilancia epidemiológica a través de la detección precoz y el control de casos.

La consideración de todas estas estrategias se fundamentaba en la importancia otorgada a los condicionantes sociales en la propagación de las epidemias. Las enfermedades en movimiento, comunes en muchos países, compartían causas y condicionantes de naturaleza social que podrían re-

sumirse en una serie de determinantes mostrados en la figura 1. Romper la cadena de contagio y prevenir o eliminar los factores coadyuvantes resultaban claves para conseguir su control y/o eliminación.

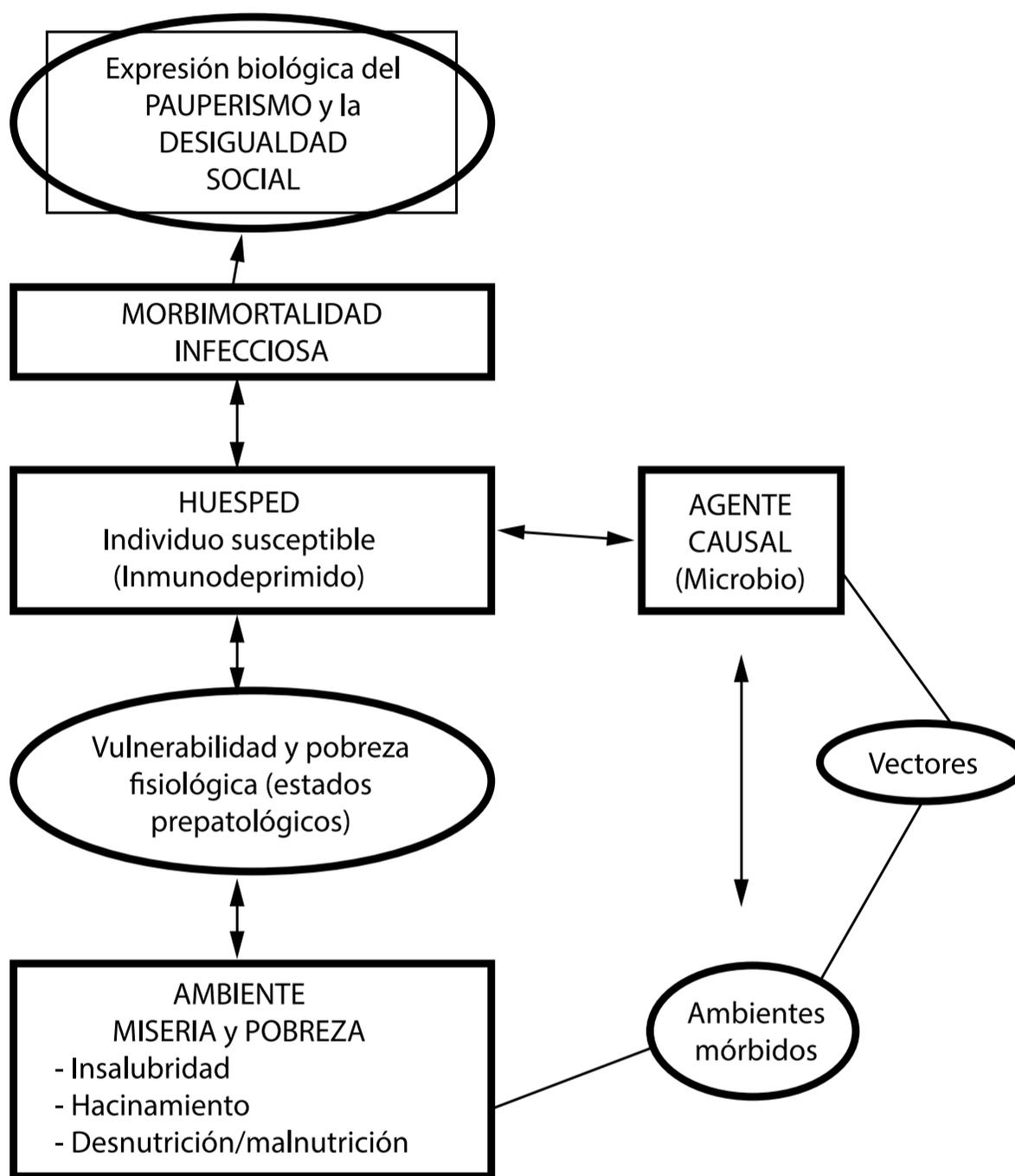


Figura 1. Esquema de determinantes de las enfermedades infectocontagiosas de etiología social<sup>3</sup>.

3. Elaboración propia a partir de Pozzi L., Bernabeu-Mestre J. y Galiana-Sánchez, M.E. (2017). © *Le modèle explicatif des maladies infectieuses associées à la misère et à la pauvreté: l'expérience espagnole et italienne dans la première moitié du XXe siècle*, *Histoire, Économie et Société*, 1, 39-56.

El ambiente estaría determinado por contextos de miseria, pobreza y desigualdad, donde la insalubridad, el hacinamiento y otros factores de riesgo asociados a los mismos, desempeñarían un papel fundamental para explicar el contagio de las enfermedades epidémicas.

En el caso de las personas susceptibles de ser infectadas (huésped), su vulnerabilidad se explicaría, básicamente, por la «pobreza fisiológica» que reflejaban los estados pre-patológicos de los individuos que vivían en ambientes de aquella naturaleza. La malnutrición aparecía como uno de los factores claves para explicar los contagios. A su vez, las enfermedades infecciosas agravaban los cuadros de malnutrición y contribuían a incrementar la vulnerabilidad de los afectados.

Por lo que respecta a los microorganismos (los agentes) responsables de las enfermedades infecciosas asociadas a dichos ambientes, frente a planteamientos tradicionales donde las enfermedades infecciosas se abordaban de forma descontextualizada, se contemplaban las interacciones sinérgicas con otras enfermedades producidas en los mismos, y las consecuencias de dicha interacción en su evolución, difusión, gravedad y pronóstico, como ha sucedido con el coronavirus causante de la COVID-19.

Se trataba de enfermedades que compartían muchos factores de riesgo y que precisaban, por tanto, de una acción coordinada en el momento de abordarlas. Esta coordinación, como se ha mencionado, fue impulsada por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, donde un grupo de expertos sanitarios señalaron las directrices a seguir desde un enfoque de salud internacional.

El papel de estos expertos fue crucial para contribuir, desde los organismos y organizaciones internacionales, a establecer un contexto social y político adecuado para la lucha contra las enfermedades y su propagación y para lograr mejores niveles de salud y bienestar. Después de la devastación de la Primera Guerra Mundial, el impacto de la gripe de 1918 y el colapso del orden político en muchos países, existía un deseo generalizado de crear nuevas estructuras y dinámicas sociales y sanitarias con un carácter más humanitario y

solidario. Detrás de las decisiones sanitarias de los expertos, estaba el conocimiento científico, lo que, unido a lo anterior, permitió desarrollar una mirada de salud global, más allá de los intereses y estrategias nacionales<sup>4</sup>.

Como ya ocurrió en la epidemia del SARS en 2003, en la génesis del estallido de la epidemia de la COVID-19 se ha destacado el papel de los llamados mercados húmedos. Se trata de espacios que tienen todos los ingredientes de un medio ambiente perfecto para la transmisión viral o microbiana, facilitando zoonosis como la que está detrás del coronavirus. A las deplorables condiciones higiénico-sanitarias que reúnen dichos mercados, se suma el hacinamiento de personas y animales, agravado por la circunstancia de que mucha gente vive y pernocta en el propio mercado o su entorno más próximo<sup>5</sup>.

El factor humano resulta fundamental en la mayoría de las zoonosis emergentes. En muchos casos asociado, como ha ocurrido con la COVID-19, a carencias primarias que son evitables y que se convierten en un indicador de las deficientes condiciones de vida y del estado de salud, que padece la población afectada. Como recuerdan Jared Diamond y Nathan Wolfe<sup>6</sup>, mientras estos mercados persistan, hablaremos del próximo virus porque con la globalización, la superpoblación y la hiperconectividad, el mundo se ha hecho pequeño. Personas y gérmenes viajan a una velocidad desconocida hasta ahora por la humanidad y se convierten, como recordaba Léon Bernard en su trabajo de 1927, en portadores de enfermedades. Ya nadie está seguro dentro de sus fronteras. Estamos obligados a considerar la salud desde una perspectiva más ambiental y global y no solo como una interpretación estrictamente clínica o asistencial.

En las décadas de 1920 y 1930, acabar con el círculo vicioso de pobreza, miseria y malnutrición que rodeaba a las enfermedades infecciosas de etiología social, se convirtió en una prioridad para las políticas sanitarias que impulsaron organismos internacionales como el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones. El escenario que se dibuja tras el impacto de

---

4. Sobre las políticas públicas y el papel de los expertos desde una perspectiva transnacional, ver Barona J.L. (2018). *Health Policies in Interwar Europe. A Transnational Perspective*. Abingdon: Routledge.

5. Gómez López, C. (25 de abril de 2020). [El próximo virus, mercados insalubres y COVID-19](#). *Diario Veterinario*.

6. Diamond, J. y Wolfe, N. (22 de marzo de 2020). [El próximo virus](#). *El País*.

la COVID-19, nos obliga, como ocurrió con el ejemplo histórico referido, a hacer efectivo el valor salud en todas las políticas. Habrá que evaluar las carencias sociosanitarias que se han hecho patentes y replantearnos el modelo de desarrollo que nos ha llevado a esta situación. Habrá que actuar desde la evidencia científica, en el ámbito local y en colaboración con una gobernanza global liderada por organismos y agencias supranacionales que velen, sin conflictos de intereses, por la salud de toda la humanidad.

◉ Josep Bernabeu-Mestre

*Catedrático de Historia de la Ciencia en el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.*

◉ María Eugenia Galiana Sánchez

*Profesora Titular de Enfermería Comunitaria en el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.*

# La historia de la Organización Mundial de la Salud

Marcos Cueto

*Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz*



Es importante conocer la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), especialmente después de las declaraciones desinformadas y oportunistas de presidentes como el de Estados Unidos, Donald Trump. El objetivo del presente texto no es analizar las respuestas de la OMS a la COVID-19 sino describir la trayectoria de esta organización para entender las vicisitudes y la importancia de la cooperación internacional en salud.

Desde mediados del siglo XIX hasta poco antes de la Segunda Guerra Mundial, se organizaron conferencias para uniformizar cuarentenas, establecer un sistema común de vigilancia epidemiológica y modernizar los sistemas de salud. Inclusive se crearon dos agencias de cooperación; la Office International d'Hygiène Publique y la Sección de Higiene de la Sociedad de Naciones (establecidas en París y en Ginebra en 1907 y 1920, respectivamente). Sin embargo, estas no coordinaron plenamente sus actividades ni tuvieron el reconocimiento político que merecían. Gracias al polaco Ludwik Rajchman, la medicina social europea cobró en la Sección de Higiene una dimensión mundial realizando trabajos en China y otras regiones del mundo<sup>1</sup>. Según esta corriente, atender los problemas de salud no se reducía a registrar y controlar la transmisión de enfermedades infecciosas, sino que exigía una reforma de los sistemas de salud y una mejora de las condiciones de vida de los trabajadores.

Los retazos de la medicina social que quedaron después de la Segunda Guerra fueron un componente de la OMS concebida como una agencia especializada de la Organización de Naciones Unidas (ONU), creada en

---

1. Borowy, I. (2009). *Coming to terms with world health: The League of Nations Health Organization, 1921-1946*. Frankfurt and Main: Peter Lang. Rodríguez Ocaña, E. (1993). *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal.

1945. Muchos políticos ansiaban construir un Estado de Bienestar, donde la sanidad fuese una obligación gubernamental y un derecho ciudadano, en contraste con el estado de guerra en que habían vivido muchas sociedades durante los años anteriores. En su primera asamblea de 1948, la OMS eligió como director para cumplir un mandato de cuatro años a Brock Chisholm, un psiquiatra canadiense influenciado por la medicina social. Asimismo, aprobó una Constitución con una frase memorable inspirada en la medicina social: «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades»<sup>2</sup>.

El conflicto más agudo en la OMS durante la Guerra Fría (1948-1991) ocurrió a comienzos de los años cincuenta, cuando la Unión Soviética y los regímenes de Europa del Este se retiraron de la agencia por considerar que estaba cerca de la política exterior de los Estados Unidos. Los soviéticos cambiaron su posición después de la muerte en 1953 de Joseph Stalin, quien tenía una línea dura contra los norteamericanos, y regresaron a la OMS. Los norteamericanos creían que su enfrentamiento ideológico y político con la Unión Soviética exigía dos tipos de acciones: conflictos militares limitados en algunas partes del mundo y competencia dentro y fuera de la ONU y la OMS. En 1953, el médico carioca y exbecario de la Fundación Rockefeller, Marcolino Candau, fue elegido director de la OMS. Gracias a sus contactos con los salubristas norteamericanos que lo consideraban uno de los suyos, y también por su habilidad y competencia, sería reelegido en el cargo hasta 1973. Candau ayudó a consolidar la agencia como la autoridad mundial de información epidemiológica y el centro de cooperación de expertos en diferentes temas cuyos informes orientaban el trabajo médico, científico y sanitario. Asimismo, la OMS incorporó a países que no eran parte de la agencia como España, estableció oficinas regionales en todos los continentes y construyó el moderno edificio que utiliza hasta ahora en Ginebra<sup>3</sup>. Aunque trabajaba principalmente por consenso, es decir sus decisiones no eran

---

2. Farley, J. (2008). *Brock Chisholm, the World Health Organization and the Cold War*. Vancouver: UBC Press.

3. Ballester Añón, R. (2016). © [España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional \(1948-1975\)](#). Valencia: Anales de la Real Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana.

supranacionales, muchas de sus recomendaciones fueron incorporadas en legislaciones nacionales. Con Candau ocurrió el fallido programa de erradicación de la malaria, una enfermedad rural extendida en países en desarrollo. Una de las principales metáforas que surgió en la campaña fue que serviría para eliminar el comunismo puesto que esta ideología se propagaba entre poblaciones desesperadas por el hambre y la enfermedad. El esfuerzo fracasó porque quienes diseñaron la campaña no anticiparon adecuadamente que las especies del mosquito *Anopheles* y del parásito *Plasmodium*, causante de la enfermedad, resistirían tanto al insecticida DDT como a los medicamentos, ni tampoco que los gobiernos no tenían recursos o no quisieron invertir en tareas más costosas como la protección anti-mosquito de las viviendas de los campesinos. De cualquier manera, la campaña significó una reducción considerable temporal de la malaria (la enfermedad volvió con furia a fines en los años ochenta) y permitió a la OMS reivindicar por un tiempo un triunfo.

Candau era el director de la agencia cuando se inició una de las principales victorias de la OMS: la erradicación de la viruela. Ella fue fruto de la colaboración entre los soviéticos y los Estados Unidos y de una estrategia denominada «vigilancia y contención» que se concentraba en la identificación de casos y la vacunación de todos sus contactos más que en campañas de vacunación masiva. La viruela desapareció en 1980 –hasta hoy la única enfermedad eliminada por acción humana– cuando el danés Hafldan Mahler era director. Entre 1973 y 1988, los años en que Mahler estuvo a la cabeza de la OMS, la agencia gozó de gran prestigio. Estaba contribuyendo a disminuir el impacto de las enfermedades infecciosas, mejorar la cobertura de vacunación entre los niños, combatir enfermedades tropicales desatendidas por la industria farmacéutica, demandar la existencia de una lista de medicamentos esenciales que deberían ser accesibles a todos los países, y ampliar la expectativa de vida en muchos territorios. Un éxito comandado por Mahler fue la conferencia realizada en 1978 en Alma Ata, una ciudad provincial soviética, que proclamó la Atención Primaria de Salud (APS) como la principal estrategia sanitaria. Esta era «la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias con su plena participación» y

tuvo como lema «Salud para Todos». Aunque la expectativa de llegar a esta meta en el 2000 fue demasiado optimista, el lema sigue inspirando a sanitarios en todo el mundo.

Aunque la APS era un programa holístico para hacer de la salud un asunto intergubernamental transversal, algunas agencias como el Banco Mundial y la UNICEF domaron este significado. En cambio, propusieron intervenciones tecnológicas de bajo costo como las sales de rehidratación oral para controlar las diarreas que mataban a niños en los países en desarrollo donde no había servicios seguros de agua y, sobre todo, la vacunación contra las enfermedades prevenibles. Por otro lado, los seguidores de la versión holística de APS se concentraron en la Promoción de la Salud, un movimiento liderado por la alemana Ilona Kickbusch, funcionaria de la OMS, con el que se aprobó la iniciativa intersectorial de Ciudades Saludables para hacer la salud relevante en todas las políticas gubernamentales y en la vida cotidiana, y así reducir la polución, manejar adecuadamente los residuos y promover estilos de vida saludable.

A partir de 1987, la OMS tuvo una repuesta innovadora al VIH/sida gracias al norteamericano Jonathan Mann quien, desde un programa que organizó con Mahler, vinculó la salud pública con los derechos humanos. Según Mann, no se debía discriminar o aislar a las personas que vivían con esta enfermedad, como se hacía en otras epidemias. Lo más eficaz y solidario era respetar la dignidad de las personas afectadas y reclutarlas para la prevención y tratamiento. Sin embargo, a mediados de los años noventa –cuando el director era el médico japonés Hiroshi Nakajima– la OMS no mantuvo su liderazgo en la lucha contra el VIH/sida (Mann fue forzado a renunciar) y se formó una nueva agencia multilateral que asumió ese papel: el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Algo de ese liderazgo fue recuperado cuando el sur-coreano Jong-Wook Lee apoyó en 2003, desde la dirección de la OMS, la distribución gratuita de antiretrovirales entre los más necesitados; un proyecto influenciado por el programa brasileño que desde 1996 consideraba estos medicamentos un bien público y no una mercancía.

Entre 1988 y 1998, la OMS estuvo dirigida por Nakajima, criticado por no tener capacidad de gestionar y hasta de ser corrupto. Las críticas fueron más agudas en el contexto de gobiernos neoliberales, como el de Ro-

nald Reagan, que censuraban a la ONU sin ofrecer una alternativa para las relaciones multilaterales. El origen de la crítica se encontraba en la descolonización e independencia de numerosos países de África, Asia y el Caribe, quienes se aliaron para hacer valer sus votos en las asambleas de la ONU y la OMS, en las que hasta comienzos de los setenta había imperado la hegemonía norteamericana. Otra inspiración de la crítica neoliberal fue su desprecio a los programas sociales estatales ya que la OMS fue considerada un ministerio mundial de la salud.

La OMS demoró en contestar a estos cuestionamientos y le costó adaptarse a la globalización económica cuando adquirieron protagonismo el Banco Mundial, la Fundación Gates, *Médecins sans Frontières* y los activistas de salud. En los años siguientes al fin de la Guerra Fría, la OMS ya no era el único organismo sanitario internacional como lo había sido. Entre 1998 y el 2003, la OMS volvió a ganar credibilidad gracias a su directora Gro Harlem Brundtland de Noruega, una experimentada política cercana a los planteamientos neoliberales, que quiso que la agencia fuese un actor importante en el escenario mundial, mejorando las relaciones de los salubristas con las empresas farmacéuticas y promoviendo alianzas público-privadas contra las principales enfermedades. Una conquista de Brundtland fue el Convenio Marco para el Control del Tabaco de 2003; el primer tratado obligatorio en salud dirigido a reducir drásticamente el consumo de la causa de varias enfermedades.

Jong-Wook Lee sucedió a Brundtland como director de la OMS. Además de la mencionada distribución de los antiretrovirales, animó una Comisión de Determinantes Sociales de la Salud para reducir las inequidades sociales y sanitarias entre los países, y dentro de los mismos, que sustentaban muchas enfermedades<sup>4</sup>. Muchos expertos consideraban que esta propuesta era la continuidad de la propuesta holística de la APS. Lamentablemente, Lee murió repentinamente en 2006, antes que fuese reelegido para un segundo mandato como director. A pesar de ello, la propuesta de Determinantes Sociales siguió entusiasmando a salubristas en diferentes partes del mundo.

---

4. Cueto, M., Brown, T. y Fee, E. (2019). *A History of the World Health Organization*. Nueva York: Cambridge University Press.

La doctora Margaret Chan, de Hong Kong, sucedió a Lee. Chan, quien tenía experiencia en la lucha contra la influenza y desde la OMS había advertido de su inminente peligro en repetidas oportunidades, recibió elogios y críticas por su respuesta a los brotes de H1N1 (2009) y Ébola (2014). Muchos expertos consideraron que se demoró en responder a la epidemia de Ébola que atacó al África occidental. Para unos pocos el problema era la falta de recursos para implementar el Reglamento Sanitario Internacional aprobado en 2005. En 2017, varios países en desarrollo apoyaron la candidatura del etíope Tedros Ghebreyesus en una elección que, por primera vez, se realizaba en la Asamblea General con todos los países (y no como era la costumbre en el Comité Ejecutivo, donde 32 expertos seleccionaban el director; una decisión ratificada posteriormente por la Asamblea). Los competidores de Tedros Ghebreyesus fueron respaldados por los Estados Unidos y países europeos, lo que significó que poco después de su elección el etíope tuviese que restablecer puentes con sus contendientes. Como su antecesora, Ghebreyesus priorizó la promoción de la Cobertura Universal de Salud (CUS), que significa garantizar servicios sanitarios gratuitos y de calidad; un objetivo apoyado por diversas agencias y gobiernos del mundo.

Desde hace algunos años, la OMS reconoce la necesidad de una reforma interna para mejorar su transparencia, eficacia, comunicación, tener un balance de género entre sus funcionarios y evitar cualquier problema de corrupción. Otro de los principales retos de la agencia es aumentar sus recursos –escasos para las tareas que tiene que enfrentar– y recuperar el control de su presupuesto porque las donaciones de los países industrializados, que representan más de dos cuartas partes de sus gastos, son dirigidas a objetivos que no pueden ser alterados. Asimismo, es necesario modificar el perfil biomédico de sus funcionarios, contratando a más científicos sociales, educadores y otros profesionales. De suma importancia es que la agencia confirme su independencia, adquiera poderes supranacionales e intervenga en el diseño de la futura cooperación multilateral y gobernanza mundial en salud. La historia de la salud internacional demuestra que, cuando no ha existido esta cooperación, las víctimas han sido la paz y la vida de los más pobres.

© [Marcos Cueto](#)

*Miembro de la Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz y editor de la revista*

*História, Ciências, Saúde-Manguinhos.*

# ENFERMEDADES INFECCIOSAS

## IV.- CONTROL, PREVENCIÓN, Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS



# El «portador asintomático» en perspectiva histórica: el caso de Typhoid Mary

Jon Arrizabalaga

*Institución Milá y Fontanals de investigación en Humanidades.*

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Barcelona)*



Uno de los aspectos más preocupantes de la actual pandemia de la COVID-19 es la transmisibilidad del coronavirus causante, el virus SARS-CoV-2, por personas infectadas que permanecen asintomáticas. A día de hoy sigue existiendo un notable margen de incertidumbre en torno a la cuantificación del impacto de esta vía de transmisión de esta enfermedad. [Según la OMS](#), esta vía de contagio podría representar el 6% del total de nuevas infecciones, y se ve facilitada por una alta tasa de infectados asintomáticos (hasta un 40% del total) así como por el largo periodo de incubación de enfermedad (entre 7 y 14 días) hasta la aparición de los primeros síntomas en el resto de las personas infectadas. Circunstancias todas ellas que ayudan a explicar la rápida propagación global de la pandemia, y las grandes dificultades con las que las autoridades sanitarias de un creciente número de países siguen topándose para contener su diseminación entre la población, cuando no se logra controlar los brotes en las etapas más tempranas.

En la epidemiología de la era microbiológica, el «portador asintomático» ha desempeñado y desempeña, de modo inconsciente la mayor parte de las veces, un papel clave como vector y reservorio de infecciones. Su figura es, pues, fundamental para comprender tanto la capacidad de diseminación de no pocas enfermedades transmisibles como su presencia silente y potencial reavivamiento, cualesquiera que sean los tipos de patógenos causantes (bacterias, virus, parásitos, hongos) y sus vías de difusión (aire, agua, alimentos, artrópodos, fómites). En términos históricos,

su comprensión racional vino de la mano de la inmunología, disciplina surgida por desgajamiento de la microbiología, y que tiene como objeto el estudio de la inmunidad y sus fenómenos.

En el marco del desarrollo temprano de esta nueva disciplina, el caso de la cocinera irlandesa Mary Mallon en la Nueva Inglaterra de comienzos del siglo XX evidenció la existencia de personas aparentemente sanas transmisoras de enfermedades infecciosas –la figura actualmente conceptualizada como «portador asintomático»–. Lo que sigue es, con algunas modificaciones, el relato de este llamativo caso tal como se recoge en un libro reciente de divulgación histórico-médica<sup>1</sup>.

En el preciso momento en el que se cerraron tras ella las puertas del hospital cuarentenario de la isla neoyorquina de North Brother aquel día de finales de 1907, el ingeniero sanitario George A. Soper pudo por fin respirar aliviado. Acababa de ponerse término de la mejor manera posible a una peligrosa amenaza y él, además, podía dar por cerrado uno de los casos más curiosos de su carrera. Todo había comenzado el año anterior, cuando George Thompson, el arrendador de una lujosa casa de veraneo de Oyester Bay, cerca de Long Beach, solicitó sus servicios. Semanas atrás había alquilado su casa a la familia del señor Charles Henry Warren, por entonces presidente del Banco Lincoln. Al principio todo había ido bien, pero a los pocos días de su llegada la hija de los Warren había caído enferma. Enseguida se sumarían su madre, la señora Warren, dos criadas y el jardinero. Los médicos habían sido tajantes: todos ellos padecían fiebres tifoideas. Una enfermedad resultado de la infección bacteriana transmisible por vía fecal-oral a través del agua o los alimentos, cuyo agente causal –la *Salmonella typhi*– había sido identificado por dos patólogos bacteriólogos alemanes: Karl Joseph Eberth, quien lo aisló en 1880 y Georg Theodor August Gaffky, quien confirmó la identidad del patógeno en 1884. Habitualmente no es grave y se supera tras dos semanas en cama, pero provoca dolores de cabeza, fiebre elevada y diarreas, pudiendo en ocasiones resultar fatal. A George Thompson, sin embargo, la noticia podía comportarle la ruina de su negocio inmobiliario, pues la afección se daba habitualmente en lugares pobres e insalubres, no

---

1. Yuste, C.A. y Arrizabalaga, J. (2020). La cocinera tóxica. En C.A. Yuste y J. Arrizabalaga, *Eso no estaba en mi libro de Historia de la Medicina* (pp. 295-299). Córdoba: Almuzara.

en casas lujosas y bien situadas como la suya, ni entre familias pudientes como los Warren. Se apresuró por encontrar una respuesta, mandando analizar el agua potable, los lácteos, el único retrete interior de la casa, su fosa... e incluso las almejas que vendía una anciana en la playa cercana, sin hallar rastro alguno de *Salmonella typhi*. Desesperado y viendo que ni los Warren ni ninguna otra familia querrían alquilar su casa el próximo verano, había acudido a Soper por recomendación de unos amigos.

Al principio Soper tampoco logró dar con nada sospechoso. Antes de su llegada ya se habían examinado cuantos alimentos y lugares él investigara y nada parecía indicar que el foco se encontrara en ninguno de ellos. De ahí que comenzara a preguntarse si tal vez el patógeno se hallaba en una persona. Calculó cuándo había desarrollado su enfermedad la hija del banquero, sumó el periodo de incubación de la enfermedad –unas dos semanas– y empezó a estudiar a cuantas personas hubiesen pasado por la casa en aquel lapso de tiempo. Para su sorpresa descubrió que los señores Warren habían decidido cambiar de cocinera dos semanas antes de que su hija manifestase su enfermedad. A esas alturas, sin embargo, la nueva cocinera ya se había marchado sin dejar señas donde localizarla: al producirse los primeros casos, había decidido abandonar la casa asustada. Podría tratarse de una pista significativa, pero tampoco había logrado averiguar mucho más de ella. En el poco tiempo que había parado en la casa, quienes habían tenido contacto con ella solo alcanzaban a describirla como una mujer rubia, alta, robusta y de origen irlandés. Efectivamente una buena cocinera, le habían dicho, aunque no particularmente limpia –no veía necesario lavarse las manos con asiduidad en la cocina– ni simpática. Al menos era algo.

Como más tarde relataría el mismo Soper<sup>2</sup> y muchos años después recogería en una crónica del caso el escritor y cocinero Anthony Bourdain<sup>3</sup>, el siguiente paso que decidió dar fue acudir a la agencia de colocación que la había recomendado. Allí le facilitaron una lista de los últimos lugares donde había trabajado, como la casa de Henry Gilsey en Sands Point, Long Island, la casa de verano de J. Coleman Drayton en Dark Harbour, Maine, y el bal-

2. Soper, G.A. (1939). © *The Curious Career of Typhoid Mary*. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 15(10): 698-712.

3. Bourdain, A. (2001). *Typhoid Mary: An Urban Historical*. New York: Bloomsbury.

neario de moda de Tuxedo Park. Y, efectivamente, en todos ellos, al poco tiempo de llegar esta cocinera, se habían producido casos de fiebres tifoideas. Aquella había de ser la pista buena, así que siguió tirando metódicamente del hilo de su itinerario laboral. Al final, la lista compuesta no podía resultar más inculpatoria. En 1900, en el pueblo neoyorquino de Mamaroneck había trabajado brevemente para una familia hasta que todos enfermaron. De allí se había trasladado a una mansión de Manhattan, donde de nuevo se reproduciría la enfermedad, que en esta ocasión le habría de costar la vida a la lavandera del servicio. Tras ello, se fue a trabajar a casa de un abogado donde siete de sus ocho moradores también enfermaron. Después, en 1904, había ido a la mansión de Long Island, a la casa de vacaciones de Maine y al balneario de Tuxedo Park.

Ya lo tenía casi resuelto. De hecho, un par de años antes había leído la crónica de un caso similar descrito nada menos que por Robert Koch con ocasión de un brote de fiebre tifoidea en Estrasburgo. Allí, una panadera, aparentemente sana, había contagiado de esta enfermedad a varios clientes. Se descubrió que años atrás había superado unas fiebres tifoideas y en los análisis pudo comprobarse que su cuerpo aún despedía gérmenes de esta afección. Lo mismo debía estar pasando en el caso que Soper estudiaba, si bien hasta la fecha no se habían registrado otros similares en los Estados Unidos. El único escollo aún pendiente de solventar era localizar a aquella peligrosa mujer. En marzo de 1907 una noticia le puso, por fin, de nuevo sobre la pista: la hija y la doncella de una familia en Park Avenue habían enfermado de fiebres tifoideas. Para cuando se presentó en la casa, la hija ya había fallecido. Sus padres, destrozados, le confirmaron que habían contratado a una cocinera cuya descripción coincidía con la de aquella alta y robusta mujer irlandesa que él buscaba. Y no solo eso: ella aún estaba a su servicio, trabajando en la cocina. Soper no pudo contener su impaciencia. Rápidamente se dirigió en su búsqueda con el objetivo de exponerle su teoría. Lejos de mostrarse interesada por sus deducciones, la cocinera –efectivamente una irlandesa alta y robusta llamada Mary Mallon– lo mandó a la calle, profundamente ofendida. Aunque reconoció que se habían producido aquellos casos, ella juró no haber tenido absolutamente nada que ver con ellos.

Sin otra salida, Soper dejó que finalmente fuese el Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York el que tomara cartas en el asunto. La encargada de llevar el caso, la inspectora médica Sara Josephine Baker, aun siendo consciente de que Mary no había cometido ningún delito, decidió detenerla para poder tomarle, contra su voluntad, muestras de heces y orina, y analizarlas. Mary por su parte seguía insistiendo en su inocencia, aunque ya abundaban quienes habían empezado a llamarla «Typhoid Mary» («María tifoidea»). Los análisis demostraron que Mary, pese a su aparente salud, era portadora del germen causante de la fiebre tifoidea; y aún hoy día hay quienes sostienen que ella nunca llegó a enfermar, aunque eso parezca poco probable. De cualquier manera, aquel diagnóstico llevó a las autoridades a recluirla precisamente en el ya referido hospital cuarentenario de la isla neoyorquina de North Brother. Una pequeña isla del East River neoyorquino, deshabitada hasta que en 1885 se trasladó allí el Hospital Riverside; una institución fundada a mediados del siglo XIX para tratar y aislar a pacientes infectados por la viruela, y que más tarde se utilizaría para el confinamiento cuarentenario de pacientes de otras enfermedades contagiosas.

¿Caso cerrado? Casi. Mary hubiera permanecido allí por tiempo indefinido defendiendo su inocencia y negándose a que le extirpasen la vesícula –una peligrosa operación que, le decían, la libraría de las bacterias–, de no haber alcanzado al cabo de tres años un acuerdo con las autoridades. En lugar de ganarse la vida como cocinera, trabajaría como lavandera. E igualmente pondría buen cuidado en tratar de no contagiar a nadie. Un trato más difícil de cumplir que de firmar: Mary Mallon era cocinera y no sabía ni quería hacer otra cosa. Y menos ser lavandera, un oficio que estaba bastante peor pagado. De ahí que al cabo de unos meses cambiara su nombre por el de Mary Brown y volviera a buscar trabajo como cocinera. En 1915, un nuevo brote de fiebre tifoidea con veinticinco afectados, dos de los cuales terminaron muriendo, volvió a poner a las autoridades sobre su pista. Efectivamente, Mary había pasado por las cocinas donde se había producido el brote. Esta vez la condena fue ejemplar: reclusión a perpetuidad en el mismo hospital cuarentenario de la isla de North Brother, donde fallecería dieciocho años después, a causa de una neumonía. Moría la cocinera, pero no su leyenda: aún hoy día es corriente en los Estados Unidos referirse como «Typhoid Mary» a las personas propagadoras de algo indeseable, sean o no conscientes de ello.

Más allá de ser un espléndido ejemplo histórico de la figura de la persona «portadora asintomática» de una infección, la historia de Mary Mellon demuestra los esfuerzos por contrapesar las medidas de salud pública con las libertades civiles de los pacientes individuales, así como hasta qué punto las variables de clase, etnicidad y género influyeron en la decisión de confinar a perpetuidad a esta cocinera irlandesa entre centenares de personas igualmente portadoras crónicas de la fiebre tifoidea<sup>4</sup>. El Convenio Europeo de Derechos Humanos (originariamente firmado en 1950) sigue contemplando como una de las excepciones al «derecho a la libertad y a la seguridad» de las personas, «la privación de libertad, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa»<sup>5</sup>. En España, esta medida extrema, justificada por el bien superior de proteger la salud pública, se ha aplicado por vía penal ante denuncias de comportamientos antisociales causantes, de forma consciente, de enfermedades mortales o incurables (VIH/sida, hepatitis víricas, etc.). Ciertamente, el «estado de alarma sanitaria» ha comportado una serie de limitaciones a nuestra libertad de movimientos. Pero la historia debe ayudarnos a poner las cosas en su sitio, sin perder el *oremus* ante los comportamientos incívicos y las denuncias obscenas de una minoría insolidaria y estridente, a que hemos asistido en el transcurso de esta extraña y triste primavera.

◉ *Jon Arrizabalaga*

*Profesor de Investigación en la Institución Milá y Fontanals de investigación en Humanidades (IMF), del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Barcelona).*

4. Leavitt, J.W. (1996). *Typhoid Mary, Captive to the Public's Health*. Boston: Beacon Press.

5. ◉ *Convenio Europeo de Derechos Humanos* (2013). Estrasburgo, Tribunal Europeo de los Derechos Humanos (Consejo de Europa).

# El seguimiento de contactos como estrategia de control de las enfermedades venéreas: lecciones de nuestro pasado

Ramón Castejón Bolea

*Universidad Miguel Hernández de Elche. Instituto Interuniversitario López Piñero*



**E**n salud pública, una de las principales actividades de vigilancia epidemiológica es el estudio de contactos. El seguimiento de contactos, o *contact tracing*, consiste en el proceso de identificación de personas que pueden haber estado en contacto con una persona infectada y de la obtención posterior de información adicional sobre estos contactos. La salud pública puede romper la cadena de transmisión de la enfermedad y prevenir una mayor difusión en la población mediante la identificación y cuarentena de estos contactos, así como a través de su seguimiento y el diagnóstico precoz de los infectados.

Desde una perspectiva histórica la aparición e importancia de esta práctica se relaciona con el cambio en las preocupaciones de la salud pública, desde cuestiones de saneamiento y medio ambiente hasta los modelos de transmisión social de las enfermedades<sup>1</sup>. Esta medida se desarrolló inicialmente en aquellas enfermedades infecciosas cuyo mecanismo de transmisión fundamental era de persona a persona, en particular, la [tuberculosis pulmonar](#) y las enfermedades de transmisión sexual. En el caso de la COVID-19, el estudio y seguimiento de los contactos estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en quienes presenten síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático y paucisintomático<sup>2</sup>.

---

1. Armstrong, D. (1983). *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.

2. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (13 de mayo de 2020). [Guía para la identificación y seguimiento de contactos de casos de COVID-19](#).

## 1. EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades venéreas –como fueron llamadas desde el siglo XVI hasta la segunda mitad del siglo XX– constituyen un grupo de enfermedades cuya denominación viene definida por su vía de transmisión más frecuente: la vía sexual. Esta característica hizo que de modo general fueran fuertemente connotadas desde el punto de vista moral y percibidas muy a menudo como resultado de la transgresión de una norma sexual, asociadas a conductas sexuales anormales y, en consecuencia, estigmatizadas. A estas connotaciones se añade una construcción epidemiológica con una marcada desigualdad de género. Históricamente el género ha condicionado la construcción de las causas y vías de transmisión de estas enfermedades, determinando la gestión de su control.

Las medidas de control de las ETS han reflejado la tensión entre la libertad individual y el interés del Estado por preservar la salud colectiva, lo que ha acabado concretándose en la adopción de diferentes estrategias como el tratamiento médico confidencial, la educación sexual, el seguimiento de contactos o la obligatoriedad de su diagnóstico y tratamiento. Estas estrategias, que han oscilado entre el voluntarismo y la coerción, han intentado con más o menos éxito controlar estas enfermedades.

En Europa, la incidencia de las ETS disminuyó de manera generalizada durante el periodo de entreguerras, con un ligero incremento a principios de los años treinta. Como señala Lesley Hall<sup>3</sup>, en el contexto europeo anterior a la II Guerra Mundial, las políticas antivenéreas continuaban descargando su peso sobre las mujeres dedicadas a las *conductas ilícitas*, independientemente de que estas políticas permanecieran centradas en la prostitución y su regulación –como venía ocurriendo en España desde 1918<sup>4</sup>–, o que se aplicaran a toda la población.

3. Hall, L. (2013). Sexual Diseases since 1750. En S. Toulalan y K. Fisher (Eds.), *The Routledge History of Sex and the Body, 1500 to the Present* (pp. 479-492). New York: Routledge.

4. Castejón Bolea, R. (2001). Las enfermedades venéreas: moral y sexualidad en la medicina social española. En J. Atenza Fernández y J. Martínez Pérez (Coords.), *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo* (pp. 149-171). Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Hay que recordar que, ya en los años treinta, había emergido un nuevo actor en el modelo epidemiológico, la prostituta *amateur* –una construcción que refleja la ansiedad social que la aparición de las mujeres sexualmente activas estaba generando en la sociedad– que se consideraba más importante desde el punto de vista de la transmisión de la enfermedad que las prostitutas incluidas en el sistema reglamentarista. En este contexto, aparecieron nuevas percepciones sobre las rutas de transmisión de las enfermedades. En lugar de difundirse desde el foco de infección de una manera que podíamos llamar radial, se transmiten a través de una cadena de contactos. El nuevo modelo de transmisión de la cadena dio paso a nuevas formas de prevención y control de la enfermedad, a través del seguimiento de contactos de individuos que se sabía habían tenido relaciones sexuales con pacientes diagnosticados en los centros clínicos. Para este seguimiento, se utilizó en muchos países europeos una nueva figura profesional: la trabajadora social, en colaboración con enfermeras y médicos<sup>5</sup>.

## **2. POLÍTICAS ANTIVENÉREAS Y MODELOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN ESPAÑA**

En 1930, por primera vez en la legislación antivenérea, aparece un cambio en la construcción del modelo epidemiológico de transmisión de estas enfermedades, pasando del modelo radial centrado en la prostitución reglamentada a un modelo con diversos focos de infección que debían localizarse, controlarse y esterilizarse. Y al mismo tiempo se produce también un cambio en la construcción de género de las vías de transmisión al incorporar el concepto de responsabilidad sexual en los varones. Estos cambios generaron la irrupción de nuevos agentes y nuevas intervenciones. La R.O. de 1930 recogía como misión preferente: «descubrir los focos de contagio y esterilizarlos en la medida de lo posible».

A este objeto debía crearse un Cuerpo de Enfermeras visitadoras procedentes de la Escuela Nacional de Sanidad con formación específica en lucha antivenérea para investigar estos focos, así como para «ilustrar a las muchachas inexpertas y a las mujeres ignorantes acerca de los peligros de

---

5. Davidson, R. (1996). 'Searching for Mary Glasgow': contact tracing for sexually transmitted diseases in twentieth century Scotland. *Social History of Medicine*, 9(2), 195-214.

que han sido contagiadas». Igualmente, por primera vez todos los médicos que atendieran enfermos venéreos quedaban obligados a informarse de las fuentes de contagio y transmitir a las autoridades sanitarias las noticias que quisieran comunicar los enfermos, salvaguardando el secreto médico y la privacidad del paciente.

Poco antes de la Guerra Civil, el decreto abolicionista republicano de 1935 supuso el inicio de la ruptura de las políticas antivenéreas centradas en la prostitución y su regulación. Tras la Guerra Civil y la instauración del régimen franquista, se impuso de nuevo el reglamentarismo, y en mayo de 1941 se estableció la primera regulación legal propiamente franquista de la lucha antivenérea. Esta contenía estrategias tanto de carácter voluntarista como coercitivo, aunque estas últimas tenían un peso mayor en la orden. En el artículo 3º, se señalaba:

Teniendo en cuenta que el reconocimiento médico periódico de las personas en estado de salud aparente constituye una de las bases más inmovibles de la higiene moderna, porque permite los diagnósticos más precoces, se impondrá como sistema a aquellas personas que por su género de vida pueden representar mayor peligro para la sociedad.

Así quedaba definida una medida coercitiva de reconocimiento médico a individuos aparentemente sanos con el objetivo de realizar diagnósticos precoces y disminuir así la transmisión de la enfermedad, lo que permitía el control de aquellas sexualidades consideradas peligrosas para la sociedad. Igualmente quedaba explicitada la voluntad de organizar un servicio social «integrado por Enfermeras visitadoras e Instructores sanitarios de ambos sexos, y dedicado esencialmente a la investigación de las fuentes de contagio y a la vigilancia de los casos que lo requieran». Cinco años más tarde, en marzo de 1946, se aprobó el *Reglamento para la Lucha contra la Lepra, Dermatitis y Enfermedades Sexuales*. Hay que recordar que las ETS continuaban sin incluirse entre las enfermedades de declaración obligatoria. Una novedad importante fue la incorporación limitada del modelo epidemiológico de la cadena de contactos, mediante la aplicación de medidas penales en caso de contagio a una tercera persona. Aunque no se hacía ninguna referencia al seguimiento de contactos de los enfermos, ni

a su vigilancia, el Reglamento de 1945 para la lucha contra las enfermedades infecciosas ya regulaba el seguimiento y la vigilancia de los contactos familiares de los infectados, así como su posible aislamiento<sup>6</sup>, asumiendo el nuevo modelo epidemiológico.

A pesar de la legislación existente, en la práctica el seguimiento de contactos apenas se llevaba a cabo, tal y como observó el norteamericano Frank W. Reynolds, del Servicio de Enfermedades Venéreas de la Organización Mundial de la Salud, quien viajó a España en 1951 a fin de valorar la puesta en marcha de un proyecto de asistencia técnica para el control de las enfermedades venéreas. El informe insistía en la ausencia de facilidades para la investigación de contactos<sup>7</sup>.

### 3. EL FIN DEL REGLAMENTARISMO: LAS DÉCADAS DE 1950 Y 1960

Al reglamento de 1946 le siguió el *Reglamento de Lucha contra la Lepra, las Enfermedades Venéreas y las Dermatosis* de julio de 1958. Previamente, en 1956, el franquismo había abolido la prostitución a través de un decreto<sup>8</sup>, con lo que las políticas antivenéreas fueron aplicadas a toda la población. El decreto abolicionista de 1956 no implicó, sin embargo, el cese de las actividades de vigilancia sobre las mujeres dedicadas a la prostitución o a «actividades ilícitas».

El reglamento de 1958 insistía en la necesidad de establecer en cada Jefatura provincial de Sanidad un Servicio Epidemiológico para la búsqueda y control de focos de contagio. La Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis de la Dirección General de Sanidad había iniciado relaciones con el Seguro Obligatorio de Enfermedad para establecer un sistema de in-

6. © [\*Decreto de 26 de julio de 1945 por el que se aprueba el Reglamento para la lucha contra las Enfermedades Infecciosas, Desinfección y Desinsectación\*](#). Boletín Oficial del Estado, núm. 217, de 5 de agosto de 1945, pp. 938-941.

7. Reynolds, F.W. (1951). *A Brief Enquiry into the Organization and Functioning of Venereal Disease Control Services in Spain*. October 1951. Archives of the WHO, WHO 2\_DC-VD 2-8.

8. Guereña, J.-L. (2003). *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons.

investigación de primo-infecciones compatible con el secreto profesional, y se publicaron unas normas de investigación de fuentes de contagio, variables según afectara a grandes o pequeñas poblaciones.

En Madrid y Barcelona, se planteó la creación de nuevos servicios dedicados a la investigación de fuentes de contagio. En Madrid, se puso en marcha este servicio en 1959 con los 352 partes de infecciones venéreas procedentes de la Misión Militar Americana, probablemente como respuesta a la presión de las autoridades de aquel país. En Barcelona, también se creó un dispensario-equipos para la investigación de contactos de sífilis. En el año 1960 se obtuvieron datos unificados y homogéneos de la red de dispensarios antivenéreos en toda España. Estos datos reflejaban un ligero aumento en las infecciones precoces o neosífilis, que preocupaban por ser las más contagiosas. Algunos atribuyeron este hecho a un posible mejor diagnóstico de primo-infecciones y a una mayor indagación de fuentes de contagio, aunque las normas se ajustaban a las características de cada provincia<sup>9</sup>. Estas investigaciones, centradas en las prostitutas o mujeres que habían sido señaladas como fuentes de contagio por los varones atendidos en los dispensarios, y en el caso de Madrid en los partes de infección suministrados por la Misión Militar Americana, mostraban de qué manera la estrategia del seguimiento de contactos podía ser discriminatoria para las mujeres. En EEUU, en las décadas de 1950 y 1960, una nueva forma de cribado denominado *blitz* fue utilizado en el control de la sífilis con buenos resultados. Consistía en exámenes rápidos y tratamientos con penicilina de todos los contactos mencionados por los pacientes sifilíticos entrevistados<sup>10</sup>.

Hacia mediados de los 70, el seguimiento de contactos no estaba estructurado ni sistematizado en los dispensarios antivenéreos de manera generalizada, ni constituía una medida prioritaria. A la vista de las evidencias disponibles, el seguimiento de contactos como medida de control de las ETS, desde su inicio en la década de los 30 del siglo XX hasta la Transición Democrática, no cuenta en nuestro país con una tradición sistematizada y

9. Contreras Dueñas, F. y Lovell, L.A. (1960). *Memoria de los trabajos realizados en la Sección de Lepra, Dermatitis y Enfermedades Venéreas durante el año de 1959*. Madrid: Gráficas González.

10. Morabia, A. y Zang, F.F. (2004). [History of medical screening: from concepts to action](#). *Postgraduate Medical Journal*, 80, 463-469.

generalizada. Los nuevos Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual, que se pusieron en marcha a partir de los años 80, lo incorporaron como una actividad habitual, pero descargando sobre los pacientes la responsabilidad de persuadir a los propios contactos sexuales para que acudieran a los centros<sup>11</sup>. Las connotaciones morales y el estigma asociado a estas enfermedades han condicionado el impacto de esta medida de seguimiento de contactos en el control de las ETS. Igualmente, la descoordinación sanitaria ha dificultado su eficacia. Otros factores culturales han jugado probablemente un papel también relevante en esta trayectoria nacional.

© *Ramón Castejón Bolea*

*Profesor Titular de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández de Elche.  
Investigador del Instituto Interuniversitario López Piñero (Universidad Miguel Hernández de Elche).*

---

11. Entrevista a Ildefonso Hernández Aguado (Alicante, 25 de octubre, 2013).

# **A vueltas con las encuestas sobre seroprevalencia: cuándo, cómo y por qué se iniciaron**

**María Isabel Porras Gallo**

*Universidad de Castilla-La Mancha*

**María José Báguena Cervellera**

*Universidad de Valencia. Instituto Interuniversitario López Piñero*

**Rosa Ballester Añón**

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

*Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana*



«◉ Sanidad inicia un estudio en 36.000 familias para conocer la expansión global del coronavirus en España». Frases como esta son las que abrieron y acapararon los informativos y las primeras planas de los medios de comunicación en este país. La percepción que gran parte de la población tiene a través de estas informaciones, que se añaden a las que durante semanas está recibiendo sobre la pandemia de la COVID-19, es que ¡por fin! vamos a conocer –de forma más precisa que la que hasta ahora tenemos– el porcentaje de población que se ha inmunizado y así tener una base sólida y una guía para el proceso de toma de decisiones a adoptar.

Pero la pregunta es ¿cuándo, cómo y por qué se pusieron en marcha este tipo de estudios? Y ¿para qué enfermedades o problemas de salud? Vamos a sintetizar las respuestas que nos da la denominada historia de las tecnologías en salud pública, a caballo entre el laboratorio y la epidemiología. Para empezar, hay que decir que, de hecho, las encuestas serológicas, junto a los sistemas de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), han constituido, desde la segunda mitad del siglo XX, lo que se denomina Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, una herramienta crucial en la estructura de los sistemas sanitarios contemporáneos.

El objetivo, desde sus inicios, de las encuestas de seroprevalencia, que constituyen uno de los tipos de encuestas seroepidemiológicas, y que se realizan sobre una muestra de población, es determinar el nivel y distribución de la inmunidad inducida por infección natural de determinados agentes infecciosos o, en su caso, por haberse vacunado frente a los mismos.

Como ejemplo histórico representativo, vamos a acercarnos, de forma monográfica, al uso que se hizo de las encuestas de seroprevalencia a mediados del siglo pasado, en una enfermedad emblemática: la poliomielitis. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el punto de partida de las reacciones serológicas como instrumento diagnóstico por su capacidad para identificar directa o indirectamente a agentes infecciosos, es anterior, y se remonta a la última década del siglo XIX. La reacción de fijación del complemento descrita por [◉ Jules Bordet](#) abrió un campo de posibilidades nuevas: el serodiagnóstico mediante la búsqueda de determinados anticuerpos en el suero de los enfermos mediante una reacción de aglutinación. La utilización de los estudios en serodiagnóstico fue importante para el diagnóstico de la fiebre tifoidea o la sífilis, siendo precisamente el campo de las trepanomatoses, pionero en el uso de esta técnica con fines de encuesta epidemiológica. El empleo masivo de las encuestas serológicas tuvo lugar con motivo de la II Guerra Mundial, en el contexto de la lucha contra las enfermedades venéreas.

En el caso que mostramos como ejemplo, la historia comienza en los años treinta y cuarenta del siglo pasado, cuando el desarrollo de la epidemiología y de la investigación experimental de laboratorio permitió innovaciones de interés para la salud pública ante el temor provocado por las crisis epidémicas de poliomielitis en el mundo occidental. La afectación prioritaria de niños menores de cinco años, sus temibles secuelas paráliticas y la falta de medidas profilácticas y terapéuticas eficaces dotaron de protagonismo a la evaluación de la situación inmunitaria frente a dicha enfermedad. La información obtenida sería clave para iniciar la vacunación antipoliomielítica en masa a mediados de los años cincuenta (primero, con la vacuna de Salk y, más tarde, también con la de Sabin). Los estudios de seroprevalencia, como señaló John R. Paul en su magnífica e imprescindible obra sobre la historia de la poliomielitis, revolucionaron los conocimientos y la práctica epidemiológica a mediados de los años cuarenta del siglo XX,

de tal modo que a partir de entonces pudo hablarse con propiedad de una «ciencia de la epidemiología sérica»<sup>1</sup>. Uno de los capítulos de la monografía, *Serological surveys and antibody patterns*<sup>2</sup>, está consagrado a estudiar, de forma exhaustiva, el recorrido de los estudios propios y ajenos, serológicos y de otro tipo, tanto los puramente experimentales como los aplicados, en diferentes contextos geográficos desde los años 30, en el tema de la llamada popularmente parálisis infantil. Para Paul, un elemento crucial de la transformación operada fue la puesta a punto del test de detección de anticuerpos neutralizantes en las muestras humanas de sangre, sirviéndose de ratones, en vez de monos, puesto a punto por Charles Armstrong en 1939, facilitando con ello la aplicación de una investigación básica de laboratorio en la práctica epidemiológica habitual. Uno de los resultados más importantes fue la realización, en 1945 por la Escuela de Higiene y Salud Pública de la universidad Johns Hopkins, de un ensayo cuyo objetivo era determinar el estado inmunitario frente a los poliovirus de cada grupo de edad de la población más pobre y desfavorecida de la ciudad de Baltimore para, de ese modo, poder establecer las pautas de vacunación en masa en cuanto se contara con los recursos para ello.

Este estudio abrió la puerta a los nuevos trabajos realizados entre 1948 y 1955, con la mirada puesta en las vacunaciones masivas efectuadas, que fueron decisivos a varios niveles. Primero, la constatación de la duración de la inmunidad adquirida por aquellas personas que habían sufrido la enfermedad, incluso en los casos de curso clínico inaparente o abortivo, justificaba la búsqueda urgente de una vacunación efectiva, objetivo alcanzado poco después. Segundo, era imprescindible establecer si se mantenía esta inmunidad a lo largo del tiempo sin perderse nunca o si tenía una fecha de caducidad y se hacía necesario fijar un calendario de revacunaciones. Tercero, permitía mejorar el conocimiento de la historia natural de la poliomielitis y establecer que esta enfermedad no era nueva, propia del siglo XX, sino que ya existía en el mundo anteriormente con carácter endémico. Las mejoras higiénicas introducidas en las ciudades de los países nórdicos y los Estados

---

1. Paul, J. R. (1971). *A History of Poliomyelitis*, New Haven, London: Yale University Press, p. 368.

2. Paul, J. R. (1971). *A History of Poliomyelitis...*, pp. 357-368.

Unidos desencadenaron crisis epidémicas desde finales del siglo XIX, al haberse perdido la inmunidad natural por falta de contactos tempranos con el virus. Poco a poco, de norte a sur y paralelamente a las mejoras sanitarias efectuadas, se fue visibilizando el patrón epidémico de la poliomielitis<sup>3</sup>.

Las grandes potencialidades de las encuestas serológicas convencieron a Anthony M. Payne, a la sazón secretario de la Comisión de Expertos de la Poliomielitis y miembro de la División de Enfermedades transmisibles de la Organización Mundial de la Salud, que era clave su inclusión en el programa de lucha contra la poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud, al igual que frente a otras enfermedades infecciosas, como las enfermedades venéreas, por su mayor precisión. En efecto, este recurso era más preciso que la utilización de informes relativos a los casos diagnosticados clínicamente. De ahí que Payne juzgara necesaria la realización de encuestas de seroprevalencia de poliomielitis por parte de cada país como requisito para una mejor articulación de la lucha contra dicha enfermedad, recabando el apoyo de la OMS para su generalización en los proyectos y programas contra todas las enfermedades infecciosas<sup>4</sup>. No cabe duda que la positiva valoración del procedimiento estaba bien fundamentada, dada su capacidad para proporcionar información más certera sobre la extensión real de la poliomielitis en una comunidad que la obtenida a partir de los datos epidemiológicos, especialmente cuando se trataba de países en vías de desarrollo en los que podían existir carencias de recursos humanos y técnicos.

El ejemplo de la polio reveló que las encuestas serológicas eran una herramienta imprescindible no solo para diseñar las estrategias iniciales de vacunación a implementar en cada país, sino también para efectuar periódicamente ajustes en los programas de vacunación con objeto de adecuarlos a los particulares contextos locales y a sus situaciones cambiantes. Con la detección precisa de posibles nichos susceptibles de inmunización se podían plantear nuevos programas o estrategias y alcanzar el control y/o eli-

---

3. Ballester Añón, R. y Porras Gallo, M.I. (2009). [El significado de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomielitis en España](#). *Asclepio*, 61(1), 55-80.

4. Payne, A.M. (1955). Poliomyelitis as a world problem. *Poliomyelitis. Papers and discussions presented at the Third International Poliomyelitis Conference* (pp. 391-400). Philadelphia: Lippincott.

minación de la circulación de los agentes infecciosos en la comunidad. Este tipo de acercamientos, por tanto, fue crucial no solo para mejorar el conocimiento sobre los virus de la polio, sino también sobre los de cualquier otro tipo de enfermedades. La instauración sistemática de los test serológicos sería clave para efectuar un mejor diagnóstico individual y colectivo de cualquiera de las enfermedades infecciosas<sup>5</sup>, aunque se insistía en subrayar su valor para las de origen vírico<sup>6</sup> y en la necesidad de estandarizar los test<sup>7</sup>.

◉ María Isabel Porras Gallo

*Catedrática de Historia de la Ciencia en la Facultad de Medicina de Ciudad Real (Universidad de Castilla-La Mancha).  
Investigadora del Centro Regional de Investigaciones Biomédicas de la Universidad de Castilla-La Mancha.*

◉ María José Báguena Cervellera

*Profesora Titular de Historia de la Ciencia en la Universidad de Valencia. Investigadora del Instituto Interuniversitario López Piñero (Universidad de Valencia).*

◉ Rosa Ballester Añón

*Catedrática emérita de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández de Elche. Vicepresidenta de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.*

---

5. Castejón Bolea, R. y Rodríguez Ocaña, E. (2017). El control de las enfermedades venéreas en España durante la década de 1950: los inicios del Proyecto España 8 de la OMS. En A. Zarzoso y J. Arrizabalaga (Eds.), *Al servicio de la salud humana. La Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI* (pp.101-108). Madrid: SEHM. Rodríguez-Ocaña, E. (2017). ◉ Ocaso de la medicina social en España: El caso de la leptospirosis. *Asclepio*, 69(2), p. 199. Limia Sánchez, A, Labrador Cañadas, M.V., Ory Manchón, F. de, Sánchez-Cambronero Cejudo, L. *et al.* (2019). ◉ Metodología del 2º estudio de seroprevalencia en España. *Revista Española de Salud Pública*, 93(1), e1-e16.

6. Porras Gallo, M.I y Báguena Cervellera, M.J. (2020). El papel desempeñado por los médicos, el gobierno y la OMS en la implementación de las encuestas serológicas sobre polio, sarampión y rubeola en España (1958-1978). *Asclepio*, 72(1), p295.

7. Payne, A. M. (1958). Standardization of neutralization tests for poliomyelitis antibodies. H.C.A. Lassen (Ed.) *Vth Symposium of the European Association against Poliomyelitis, Madrid, 28-30 September 1958*, Bruselas: EAP.

# A la búsqueda de soluciones en tiempos de pandemia. La vacuna contra el cólera de Jaime Ferrán

María José Báguena Cervellera

*Universidad de Valencia. Instituto Interuniversitario López Piñero*



La aparición de una enfermedad infecciosa de causa desconocida que se propaga a gran velocidad, con el resultado de un elevado número de contagiados y fallecidos, lleva a la búsqueda desesperada de tratamientos eficaces y a la aplicación de medidas de contención. Mientras esa búsqueda consigue resultados, se desata el pánico en la población que presiona a políticos y científicos para que los obtengan. Este fue el caso del cólera.

A comienzos del siglo XIX, Europa se vio afectada por la primera de las cinco grandes pandemias de cólera que cruzaron el continente desde el valle del Ganges, su foco endémico originario. Este contacto inicial con una enfermedad que hasta entonces no había salido del subcontinente hindú, ocasionó alrededor de trescientas mil muertes. En 1883, en el transcurso de la cuarta pandemia, mientras se intentaba sin éxito contener la propagación de la enfermedad con medidas tan polémicas como los cordones sanitarios, Robert Koch descubrió su germen causante, el vibrión colérico, y su mecanismo de transmisión por vía digestiva. La Academia de Medicina del Instituto de Francia incentivó las investigaciones sobre un remedio curativo mediante la creación en 1884 del premio Bréant, dedicado al descubridor de un tratamiento específico para el cólera. A pesar de la gran cantidad de trabajos presentados, el premio se declaró desierto ese año. En 1907, esta distinción le fue concedida a Jaime Ferrán y Clúa, descubridor de la primera vacuna contra el cólera<sup>1</sup>.

---

1. Báguena, M.J. (2019). Jaime Ferrán y la vacunación anticólerica. En A. Carrascosa y M.J. Báguena (Eds.), *El desarrollo de la Microbiología en España. Volumen I* (pp. 105-126). Madrid: Fundación Ramón Areces.

Jaime Ferrán ejercía como médico en Tortosa cuando Koch dio a conocer sus estudios sobre el cólera en 1884. Seguía puntualmente los trabajos de Louis Pasteur y en el pequeño laboratorio habilitado en su domicilio tortosino preparó unas vacunas contra el carbunco y contra el mal rojo del cerdo, a partir de las técnicas desarrolladas por el microbiólogo francés. Como método de obtención de la profilaxis del cólera, propuso el mismo que había utilizado Pasteur para la prevención del cólera de las gallinas: la inoculación de un filtrado de la sangre de los coléricos, de virulencia atenuada y gradual según se necesitara. Ese mismo año la epidemia había llegado a Europa y el Ayuntamiento de Barcelona nombró una comisión para que estudiara en Marsella los efectos de la enfermedad y las medidas llevadas a cabo para su contención. Ferrán formó parte de esa comisión como bacteriólogo y visitó los hospitales de coléricos de Marsella y también de Tolón, en donde aisló y cultivó el vibrión colérico. Regresó a Tortosa llevando consigo cultivos de gérmenes coléricos vivos, que logró esconder para que no se los requisaran en la aduana. Con ellos comprobó que las inyecciones subcutáneas de gérmenes vivos inmunizaban frente a dosis mortales del mismo germen. Tras comprobar el efecto de esta nueva vacuna en sí mismo y en varios familiares y amigos, comunicó su hallazgo a la Academia de Medicina de Barcelona, que emitió un informe favorable sobre este método profiláctico<sup>2</sup>.

En noviembre de 1884 un brote de cólera en Beniopa (Valencia) llevó a la citada población a Amalio Gimeno y Manuel Candela, profesores de la Facultad de Medicina de Valencia y miembros de la Junta Provincial de Sanidad, quienes certificaron oficialmente la presencia de la enfermedad tras recoger muestras de los enfermos y lograr cultivar el bacilo. Conocedores de los trabajos de Ferrán, acudieron a su laboratorio de Tortosa junto a los también profesores de la facultad Pascual Garín y Pablo Colvée, y se autoinocularon con la nueva vacuna anticolérica. Cuando el cólera llegó a Valencia en abril del año siguiente, se intentó no alarmar a la población. En una sesión del Ayuntamiento se pidió al alcalde que las medidas para frenar la expansión de la enfermedad fueran discretas, e incluso que se ocultara que

---

2. Carreras *et al.* (1884-85). Informe sobre el micro-organismo colerígeno de Ferrán. *Crónica Médica*, 8, 468-472; 493-503 y 526-533.

ya había casos en la capital<sup>3</sup>. Un mes después la situación era tan grave que las autoridades, aconsejadas por Gimeno, llamaron a Ferrán para que aplicara su vacuna en la ciudad de Valencia y en los pueblos acometidos por la epidemia. Entre los primeros vacunados figuraron profesores de la Facultad de Medicina y alrededor de doscientos médicos.

La polémica sobre la utilidad de la vacuna estalló muy pronto. Los ferranistas, encabezados por Gimeno, defendían su eficacia, mientras sus detractores argumentaban que sus estadísticas no siempre eran fiables y que el líquido inoculado no producía un cólera atenuado, sino que aumentaba la receptibilidad ante el vibrión y, por tanto, el número de contagiados. La polémica se trasladó a Madrid en donde Gimeno en el Ateneo Mercantil y Emilio Castelar en el Congreso de Diputados, defendieron la vacuna de Ferrán. Con el fin de verificar la utilidad del procedimiento profiláctico de Ferrán, el Gobierno nombró una comisión médica integrada, entre otros, por el catedrático de Histología Aureliano Maestre de San Juan. La comisión dictaminó que la vacuna no era peligrosa, pero que las estadísticas eran insuficientes y recomendó que un delegado del Gobierno vigilara las vacunaciones y que solo Ferrán las efectuara. Ello impedía la vacunación masiva, por lo que Ferrán decidió seguir contando con la ayuda de Gimeno, Candela y Garín, entre otros, para inocular la vacuna e intentar frenar una epidemia que a principios de julio ocasionaba unas 500 invasiones y 300 muertes diarias.

Tras producirse varios fallecimientos entre las religiosas del Asilo de las Hermanitas de los Pobres vacunadas por Ferrán, la polémica se recrudeció. Se le acusó de ocultar la composición de la vacuna, aunque la había publicado antes de comenzar la campaña reservándose solo el procedimiento de fabricación industrial<sup>4</sup>. También recibió críticas porque cobraba por vacunar (excepto a los pobres de solemnidad), a pesar de que corría con los gastos de fabricación y no recibía ninguna subvención oficial. El Gobierno nombró una segunda comisión, que siguió las vacunaciones efectuadas en varias poblaciones y emitió un dictamen negativo que tuvo como resultado

---

3. *Actas de sesiones del Excmo. Ayuntamiento de Valencia del año 1885*. Sesión del 15 de abril. Archivo Municipal de Valencia.

4. Ferrán, J. (1885). Sur l'action pathogène et prophylactique du bacillus virgule, lettre de M. Ferrán, séance du 13 avril 1885. *Comptes Rendus des séances de l'Académie de sciences*, 100, 959-962.

la prohibición de que nadie, fuera de Ferrán, pudiera vacunar. Ante esta situación, Ferrán regresó a Tortosa. Había realizado unas 30.000 inoculaciones, con tan solo 54 vacunados fallecidos<sup>5</sup>.

Numerosas comisiones nacionales y extranjeras acudieron a Valencia para estudiar la aplicación de la vacuna. La Diputación de Zaragoza encargó a Santiago Ramón y Cajal, por entonces catedrático de Anatomía en Valencia, que informara sobre el valor profiláctico del procedimiento de Ferrán. Cajal afirmó que era una vacuna peligrosa al contener gérmenes vivos. Una comisión francesa presidida por Paul Brouardel y que llevaba una carta de presentación de Louis Pasteur, concluyó que Ferrán anteponía sus intereses económicos a los científicos, mientras que el dictamen de la comisión británica fue abiertamente favorable. La vacuna anticolérica no solo enfrentó a los científicos, sino también a los políticos, como señaló el propio Ferrán:

Bastó que el ministro [de la Gobernación] Sr. Romero Robledo se declarara adversario de la vacunación para que sus enemigos políticos formaran entre nuestros partidarios, sin ayudar nosotros a esta división de opiniones que más dificultaba que favorecía nuestros trabajos<sup>6</sup>.

El reconocimiento internacional a Ferrán sobre la prioridad de su vacuna anticolérica tardó en llegar. Waldemar Haffkine no lo citó cuando dio a conocer su propia vacuna, a pesar de que la técnica empleada era muy similar. Finalmente, el premio Bréant le reconoció la iniciativa de la inmunización preventiva del hombre contra el cólera, subrayada también por Paul Ehrlich: «Considero principalmente al Dr. Ferrán como el científico que ha conseguido en primer lugar la inmunización activa del hombre por bacterias de una forma admirable y con un objetivo determinado»<sup>7</sup>.

---

5. Ferrán, J. (1886). *Estadística de la inoculación preventiva del cólera morbo asiático*. Valencia: R. Ortega.

6. Ferrán, J., Gimeno, A. y Pauli, I. (1886). *La inoculación preventiva contra el cólera morbo asiático*. Valencia: R. Ortega.

7. Ehrlich, P. *Carta al abogado barcelonés Juan Sol y Ortega escrita en Frankfurt entre 1900 y 1915*. Conservada en el Museu-Fundació d'Història de la Medicina de Catalunya.

En 1981, un estudio de George Bornside sobre las estadísticas de la campaña de vacunación realizada en Alcira comprobó su eficacia en el 80.9% de los vacunados y en el 92.5% de los revacunados, mientras murieron el 51.8% de los no vacunados<sup>8</sup>.

Para controlar el cólera se pusieron en marcha medidas ya utilizadas en pandemias anteriores, como los cordones sanitarios y las cuarentenas, se estimuló la investigación científica, que logró la identificación del germen causal y el desarrollo de una vacuna, las autoridades ocultaron la aparición de la enfermedad para evitar el colapso de la economía y no alarmar a la población, que vivía con miedo la llegada del cólera desde los países vecinos. Aislamiento, búsqueda de una vacuna, repercusiones económicas, miedo de la población y desconfianza ante la información recibida que, una vez más, encontramos en la actual pandemia de la COVID-19.

© *María José Báguena Cervellera*

*Profesora Titular de Historia de la Ciencia en la Universidad de Valencia.  
Investigadora del Instituto Interuniversitario López Piñero (Universidad de Valencia).*

---

8. Bornside, G.H. (1981). Jaime Ferrán and preventive inoculation against cholera. *Bulletin of History of Medicine*, 55, 516-532.

# Vacunas y panacea. A propósito de la erradicación de las enfermedades infecciosas

Esteban Rodríguez Ocaña

*Universidad de Granada*



**L**a erradicación y el control de las enfermedades infecciosas es el título del libro publicado a finales de 2016 por varias compañeras historiadoras de la medicina y de la salud<sup>1</sup>. Para resumir de forma muy sumaria su contenido diré que los distintos capítulos siguen la dinámica histórica de grandes intervenciones sanitarias contra la viruela y la poliomielitis, centradas decididamente en la vacunación. De las posibles palabras-clave que pueden identificar sus contenidos, no cabe dudar que «vacuna / vacunación» figurarán de forma prominente. Porque más que un concepto, que una técnica o que un producto bioindustrial, la vacunación es también la estrategia única dentro de la que cobra sentido la erradicación de la enfermedad infecciosa.

Tal y como vivimos en estos días, la vacuna contra el coronavirus SARS-CoV-2 es esgrimida como la panacea perfecta, en cuya posesión nos refugiaremos para derrotar la pandemia y sus posibles regresos aun cuando sepamos que no existe todavía vacuna alguna contra el coronavirus SARS-CoV-1, que nos atacó en 2003. Por este motivo considero de interés hacer públicas estas palabras que acompañaron la presentación del mencionado texto, en un discreto acto celebrado en Valencia el día 5 de junio de 2017.

A mi entender, el título del libro es excesivo, desde luego, producto de ese mal de nuestros días que nos hace vivir tan aprisa como para creernos que estamos donde no hemos llegado todavía e incluso puede ser razonablemente dudoso que alguna vez lleguemos: hablo del placer de la inmedia-

---

1. Esta nota es un extracto de mi presentación del libro *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas* coordinado por María Isabel Porras Gallo, María José Báguena Cervellera, Mariano Ayarzagüena Sanz y Noelia María Martín Espinosa (Madrid: Libros de la Catarata, 2016), leída el 5 de junio de 2017 en Valencia.

tez, que no admite demoras, ni trámites ni dudas, en el que nos venimos socializando al menos desde la Ilustración y al que los nuevos hábitos de comunicación aportados por la industria microelectrónica de nuestros días nos empujan de manera creciente.

En este momento quiero dejar clara la posición desde la que hablo: plantear la erradicación de las enfermedades como objetivo estratégico no solo es una aberración biológica sino un fin equivocado e injusto. Esto no quiere decir que no aprecie el valor de las inmunizaciones profilácticas, sino que estoy en contra de la focalización de la actividad sanitaria en ellas.

En la urgencia de la «medicina de panacea», como oí en alguna reunión internacional que el profesor Guenter Risse denominaba al afán pragmático del «todo por la cura», si se me permite versionar el lema de nuestro Benemérito cuerpo militar-policial, la microbiología e inmunología han tenido una prensa excelente desde sus inicios. El descubrimiento, con y tras Pasteur y Koch, de ese inmenso mundo de patógenos invisibles al ojo desnudo ensanguida permitió formular un *desideratum*: las enfermedades infecciosas eran evitables de dos maneras, una exterior y otra interna. La enfermedad se previene si se impide la exposición de las personas sanas, o sea, si se obstaculiza el contacto con sus vectores, portadores o fómites. Algunas, muy pocas hasta mediados del siglo XX (rabia, tifoidea, difteria, tuberculosis, tifus, fiebre amarilla, tos ferina) eran combatibles por medios biológicos –sueros y vacunas– que ayudaban a establecer la inmunidad parcial o permanente en los individuos que los recibían, si bien no siempre eran posibles por las dificultades inherentes a su preparación o eran difícilmente utilizables por el escaso conocimiento sobre sus mecanismos de acción o su inmunogenicidad.

La operatividad del concepto de evitabilidad resultaba compleja, muy compleja de hecho, puesto que incidía sobre las comunidades, mientras que el uso de armas biológicas era asimilable a la terapéutica medicamentosa. La primera confirmaba la práctica centenaria del saneamiento y la cuarentena con su correlato de dispositivos de control, que incorporaron a partir de entonces una importante base técnica microbiológica. Por ellas se inició la mundialización de la salud a través de las [Conferencias sanitarias](#) internacionales. Al mismo tiempo, conocemos que la hegemonía del laboratorio fue resistida por importantes segmentos de la profesión médica, quienes opusieron a la [compleja] simplicidad técnica de la microbiología como sustento de una

etiología única universal, sucesivamente las teorías del terreno, la epidemiología de base estadística y una visión sociocultural de la determinación de la enfermedad y de la muerte que desembocó en la gestación de las importantes campañas sanitarias médico-sociales de la primera mitad del siglo XX. Para el tiempo de la II Guerra Mundial, las administraciones sanitarias en los países desarrollados habían asumido ambos aspectos y en la posguerra, tras la llegada de antibióticos e insecticidas clorados, era común la conciencia de que, como escribió el premio Nobel de Medicina de 1960, Frank Macfarlane Burnet: «la primera mitad del siglo XX marca el final de una de las más importantes «revoluciones sociales» de la historia: la virtual eliminación de las enfermedades infecciosas como un factor significativo»<sup>2</sup>.

La noción de erradicar la infección existía para los años inmediatos al nacimiento de la OMS, pero el término no identificaba, como en nuestros días, la desaparición de un germen patógeno de su hábitat natural, sino que tenía un sentido más cercano al concepto de «control» que hoy se entiende como el primer peldaño en la vía erradicadora. La participación de las vacunas en este proceso fue pequeña, aunque en el caso de la viruela no desdeñable, como muestra el caso de los Países Bajos que se estudia en uno de los capítulos del libro objeto del presente comentario. Pero lo importante es que se había construido una conciencia de superación y de poderío médico e higiénico, conciencia en la que se han apoyado las nuevas aportaciones técnico-inmunológicas de la segunda mitad del siglo pasado y del presente para expandirse en términos de oficio y en términos de negocio.

Por lo que respecta a los primeros, la experiencia inmediata fue contradictoria: la lucha contra el paludismo enfocada por la OMS hacia su erradicación lanzada en 1955 fue suspendida de hecho en 1969, mientras que el programa global de erradicación de la viruela fue apoyado por la OMS desde 1958 y se completó en 1980. La principal diferencia entre una y otra –aparte la natural disparidad de los padecimientos y de sus gérmenes causales– radicó en la inexistencia, que se prolonga hoy, de una vacuna eficaz contra la malaria. Como indica Anne-Emanuelle Birn en uno de los capítulos del libro,

---

2. Burnet, F.M. (1962). *Natural history of infectious disease*. Cambridge: University Press, p. IX.

en términos de Salud Pública la viruela no era una diana evidente, o por lo menos no presionaba en términos poblacionales; había que reparar la sensación de fracaso que había dejado la irresuelta erradicación del paludismo.

Cien años después de la primera vacuna de laboratorio, en 1974, la OMS lanzó su Programa Ampliado de Vacunación con el objetivo de conseguir la inmunización de todos los niños contra seis enfermedades: TBC, polio, difteria, tétanos, tosferina y sarampión, que es considerada en las páginas iniciales del capítulo 3 de este libro como prueba de que «las vacunas se habían convertido en una de las principales armas para controlar» las enfermedades infecciosas. Hoy estamos atentos en la prensa diaria a los problemas de Francia, Alemania e Italia donde se debate convertir en obligatoria la vacuna contra el sarampión, ante la evidencia de la pérdida de inmunidad poblacional<sup>3</sup>, como nos preocupan los enigmas de la inmunología de la tosferina, que ha repuntado en muchos países pese al mantenimiento de una alta tasa de cobertura vacunal desde hace 70 años<sup>4</sup>. O seguimos advirtiendo y procurando controlar los efectos secundarios de la vacuna antituberculosa sobre el desarrollo infantil<sup>5</sup>. El 12 de mayo de 2020, la consulta en PubMed del término *vaccin*\* produjo 392.710 referencias, la más antigua de 1799, un 65% de las cuales había aparecido a partir de 2001. Esto muestra la importancia que ha alcanzado la inmunología en nuestros días, a la vez que nos dice que queda mucho por averiguar y mucho por comprender para aumentar nuestra capacidad de emplear las vacunas para defender eficazmente a los seres humanos frente a las infecciones. La mayor cantidad de páginas del libro que comento se emplean en describir, analizar y evaluar actividades en relación con vacunas que alcanzaron (o están a punto de alcanzar, en el caso de la polio) un final feliz, por lo que me preocupa que pueda generar una imagen sesgada de la realidad.

---

3. Romar, R. (30 de mayo de 2017). [⊙ \*La vacunación baja en Francia, Alemania e Italia hasta rozar los mínimos exigibles\*. \*La Voz de Galicia\*.](#)

4. de Cellès, D., Magpantay, F.M, King, A.A. y Rohani, P. (2016). [⊙ \*The Pertussis enigma: Reconciling epidemiology, immunology and evolution\*. \*Proceedings. Biological sciences / The Royal Society\*, 283\(1822\).](#)

5. Berendsen, M.L., Smits, J., Netea M.G. y van der Ven, A. (2016). [⊙ \*Non-specific effects of vaccines and stunting: Timing may be essential\*. \*EBiomedicine\*, 8, 341-348.](#)

Hablemos algo ahora de la dimensión «negocio». Rasmussen ha argüido con agudeza acerca del cambio en la «economía moral» de la investigación biomédica que supuso la convergencia de la industria farmacéutica con la universidad en el mundo norteamericano de entreguerras<sup>6</sup>. Creo que la creación de las puertas giratorias se puede retrotraer a finales del siglo XIX en Alemania, donde los casos de Emil von Behring y de Paul Ehrlich resultan significativos, sin olvidar el precedente del químico Liebig y su empresa de complementos alimenticios<sup>7</sup>. Resulta significativo y paradójico que Röntgen afirmara que no patentaba su descubrimiento, los rayos X, como correspondía a la tradición académica alemana mientras que sus contemporáneos Behring o Ehrlich se apresuraron a desarrollar su trabajo, nacido en medio universitario, en el seno de compañías privadas, o incluso las fundaron para obtener beneficios económicos de su labor investigadora. Pasteur, en cambio, se inclinó por la autogestión –muy en el modo liberal tan común entre los profesionales franceses– con su Instituto, que rápidamente debió encontrar el apoyo gubernamental para subsistir. En España, casos arquetípicos son los de Jaime Ferrán, muy bien estudiado, y Francisco Murillo Palacios, este menos favorecido por los historiadores, como, en general, el personal madrileño del Instituto Nacional de Higiene, de quien se sabe que unos formaron una empresa productora de medicamentos biológicos, THIF, en 1918, y otros participaron en otra, YBIS, creada un año después, finalmente fusionadas bajo este nombre en 1929<sup>8</sup>. En nuestros días, por obra y gracia del neoliberalismo hegemónico y la ideología del emprendimiento, los científicos de carrera empleados públicos se ven impelidos a generar *spin-offs*, desarrollar patentes y procurar hacer dinero con los resultados de su trabajo posibilitado por recursos públicos.

---

6. Rasmussen, N. (2004). The moral economy of the drug company-medical scientist collaboration in interwar America. *Social Studies of Science*, 34, 161-185.

7. Rodríguez Ocaña, E. (2007). © [La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, «nuncio de la nueva medicina»](#). *Dynamis*, 27, 33-44.

8. Puerto Sarmiento, J. (2012). Los Laboratorios IBYS. Una excepción científica e industrial en durante la Dictadura franquista. *Estudios do século XX*, 12, 253-269.

Una vez que el desarrollo de la virología y la biología molecular ha permitido conseguir técnicas más rápidas y abundantes de generación de vacunas, la industria propone al mundo inmunizaciones masivas. No podrá extrañar, por poner un ejemplo, que los patrocinadores de la bien construida página de [◉ \*Historia de las Vacunas\*](#) del *College of Physicians* de Filadelfia, a la que a su vez remite [◉ \*la OMS\*](#), sean dos importantes compañías farmacéuticas, GlaxoSmithKline y Merck Sharp & Dohme Corp., junto con la Bill & Melinda Gates Foundation, como la cuarta pata del taburete en que se apoya la investigación biomédica hoy: junto a la troika industria-gobierno-academia, las grandes fundaciones benéficas.

Es lícito plantearnos los objetivos de estos patrocinios. No voy a traer a colación el caso reciente de la fallida amenaza mundial de pandemia de gripe aviar y el escándalo de los consultores de la OMS que son simultáneamente empleados de las compañías que fabricaron y vendieron los millones de dosis de vacunas que no han tenido uso. Quiero referirme a otro ejemplo puntual y más reciente, que tiene como centro Haití. El Grupo Especial de Consultores del Ministerio de Salud y Población de dicho país, al que asesora en particular sobre la lucha contra el cólera, está formado por diversos altos funcionarios médicos haitianos, cuatro profesores estadounidenses, dos representantes del *National Institutes of Health* y uno de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, dos del *International Vaccine Institute* de Corea del Sur, uno más por la Fundación Gates y otro por otra ONG norteamericana, *Global Health Equity*, de Boston. Dicho grupo ha puesto especial interés en emplear contra el cólera haitiano desde 2010 una vacuna oral, contando hasta fechas muy recientes con sendas vacunas precalificadas por la OMS, una de fabricación india y la otra surcoreana, a precios asequibles. En siete años el cólera haitiano ha producido unas 10.000 víctimas mortales y se han declarado más de 800.000 casos; solo en 2016, durante los nueve meses anteriores a la llegada del huracán Matthew se produjeron más de 26.000 casos. Cito de un artículo recopilatorio firmado por una de las científicas norteamericanas del Grupo Especial<sup>9</sup>: «por último, una serie de experiencias en Haití han de-

---

9. Ivers, L.C. (2017). Eliminating cholera transmission in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 376(2), 101-103.

mostrado la eficacia de la vacuna [oral] tanto en medio urbano como rural y la capacidad de conseguir altas tasas de cobertura a costes asumibles para la población».

Esta información, según la consejera, cambia radicalmente el modo como las autoridades deben afrontar en adelante el control del cólera, pues plantea que una estrategia que uniera la cobertura nacional con vacuna oral, con el suministro de agua potable, saneamiento e intervenciones higiénicas puntuales, eliminaría el cólera de Haití en el plazo de tres a cinco años con un coste aproximado de 66 millones de dólares. A finales de octubre de 2016 la OPS/OMS anunció su apoyo a una campaña de vacunación contra el cólera organizada por el Ministerio de Salud de Haití en las zonas devastadas por el huracán Matthew, aprobando, junto con otros miembros del Grupo de Trabajo Mundial para la Lucha contra el Cólera, llevar 1 millón de dosis de vacuna oral contra el cólera a Haití. [◉ La nota](#) finalizaba con una relación resumida de las organizaciones actuantes *in situ*, que incluían a UNICEF, GHESKIO, *Partners in Health*, los CDC, *International Medical Corps* y otros. El programa que se financiaba era de vacunación, no para conseguir un saneamiento eficiente ni una política de vivienda saludable.

Ante estos planteamientos, resulta obvio que el interés estratégico de los patrocinadores selecciona los medios a emplear. Conseguir viviendas dignas, esto es, higiénicas y saneadas, proporcionar agua potable y alimentos no contaminados, y aislar y tratar convenientemente a los enfermos me parece que defendería a la población haitiana contra los síndromes diarreicos de una manera eficaz y a largo plazo. Claro que es algo mucho más costoso en términos de intervención social, de política económica, de lucha contra la corrupción, etc. Más rápido y eficaz es una vacuna, con lo que, además, se garantiza un mercado.

No me malinterpreten. Yo estoy a favor de las vacunas, bien diseñadas y estudiadas, pero no a favor de los programas de erradicación. Y no cargo en el haber del libro lo que no dice.

**Esteban Rodríguez Ocaña**

*Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada.*

# El extraño año 2020. Entre el 40 aniversario de la erradicación de la viruela y la busca de la vacuna contra la COVID-19

Ricardo Campos

*Instituto de Historia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)*



El pasado 8 de mayo se cumplieron cuarenta años de la declaración oficial por parte de la [33<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) de la [erradicación de la viruela](#). Hasta el momento es la única enfermedad que ha sido erradicada y el medio utilizado para ese logro fue la intensa campaña de vacunación mundial iniciada en 1958 gracias a las resoluciones [WHA11.54](#) y a la de 1967 [WHA20.15](#) de la propia Organización Mundial de la Salud. Unos años antes, en el otoño de 1977, se diagnosticó el último caso de contagio natural de viruela. En condiciones normales, 2020 debería haber sido un año de conmemoraciones de dicho evento. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 se ha interpuesto de manera insidiosa y postergado el feliz aniversario. Lejos de celebrar la vieja, larga, sinuosa y exitosa historia de la vacuna contra la viruela, estamos angustiados. Y esperamos con ansiedad el descubrimiento científico de la vacuna contra la COVID-19.

Muchas son las cuestiones que en los últimos meses ha suscitado la búsqueda de este remedio. Ha habido declaraciones optimistas, tal vez precipitadas, anunciando que pronto tendríamos una vacuna salvífica y otras que matizan, desde posiciones científicas, que será difícil tenerla antes de 18 o 24 meses. Hay, no obstante, en todas estas declaraciones una tensión muy evidente –hija de nuestro tiempo– entre el deseo de la inmediatez y el tiempo de la investigación. En otro capítulo de este libro, María Jesús Santasmases nos ofrece una interesante reflexión sobre los [tiempos del contagio, de la clínica y del laboratorio](#), en la que mostraba que eran tiempos desacoplados. A este respecto, quizá fuera conveniente añadir los tiempos de la política y los del deseo, estos últimos alimentados por una organización económica y social que busca la quimera de lo inmediato en una sociedad

infantilizada. En cualquier caso, lo cierto es que se están volcando enormes cantidades de recursos económicos públicos –también *◉ privados*– en la investigación de la COVID-19, incluida la vacuna que habrá de permitirnos retornar a la «normalidad». Un ejemplo: la Unión Europea ha movilizado 1.000 millones de euros extra en su programa de investigación e innovación Horizon 2020 para conseguir la «*◉ Respuesta Global al Coronavirus*». Por su parte, los diferentes Estados también están llevando a cabo fuertes inversiones. En España, solo el CSIC ha lanzado recientemente *◉ doce proyectos* con la participación de 150 grupos de investigación, relacionados con la lucha contra la COVID-19. Esta misma institución tiene en marcha tres proyectos para desarrollar una vacuna. Uno dirigido por Luis Enjuanes, basado en *◉ replicones no infectivos*, otro encabezado por Vicente Larraga, que busca la vacuna mediante *◉ el uso de un gen de un antígeno del propio coronavirus SARS-CoV-2* y el tercero a cargo de Mariano Esteban, consistente en generar vectores virales a partir de una modificación del *◉ virus Vaccinia* o virus vacuna, usado en la erradicación de la viruela.

Estos ejemplos de inversión económica y de esfuerzos científico-técnicos en la búsqueda de una explicación del origen, de la dinámica del contagio, de la evolución clínica y de la terapéutica del SARS-CoV-2, son a la vez una muestra del poderío de las sociedades actuales del norte global y de su incertidumbre ante un fenómeno –la epidemia– que no es nuevo históricamente, pero que había pasado a ser una cuestión lejana, que afectaba a los países del sur global. Sin embargo, las epidemias han sido una constante en nuestra historia. Algunas de ellas han sido devastadoras en cortos espacios de tiempo, como las pandemias de peste negra de 1347-1353 y de la gripe de 1918-1920. Otras han sido recurrentes y el saldo final de infectados –con sus secuelas posteriores– y de fallecidos resulta estremecedor. La viruela fue –resuena bien ese tiempo verbal en pasado– una de las enfermedades infectocontagiosas más mortíferas. La historia de la vacuna antivariólica nos ha llegado en forma de relato heroico; de esfuerzos denodados de la ciencia para salvar a la humanidad, sorteando los obstáculos del desinterés de las autoridades y de la ignorancia del pueblo. Casi dos siglos de lucha para conseguir expandir la vacuna descubierta por Edward Jenner en 1796, con cambios tecnológicos en su producción y su aplicación, hasta llegar a la última dosis inoculada en algún lugar del planeta a fines de la

década de 1970. Sin embargo, esta historia, como han puesto de manifiesto numerosos estudios en las últimas décadas, no se puede reducir a una cuestión de heroicidad científica y de contratiempos externos a la propia ciencia. La historia de la vacuna contra la viruela es también la historia de las vicisitudes de las instituciones académicas, de los centros de vacunación y de los científicos que trabajaban en ellas, entre otros muchos protagonistas<sup>1</sup>. Si cambiamos el foco y abandonamos el gran relato en favor de lo específico, de lo micro, el panorama cambia bastante. Tomaré un ejemplo histórico concreto para ilustrar mi afirmación.

A juzgar por los testimonios coetáneos –y por la historiografía– la vacunación contra la viruela se extendió con rapidez por Europa en los años inmediatamente posteriores a su descubrimiento. La Monarquía Hispánica financió la célebre Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1806), que capitaneó el médico de la armada Francisco Javier Balmis con el objetivo de llevar la vacuna a las colonias. Su historia ha sido contada por historiadores<sup>2</sup>, [escritores](#) y [cineastas](#). Me interesa resaltar, no obstante, que ese aparente inicio prometedor de la vacunación antivariólica se encontró ante una realidad bastante compleja según avanzaba el siglo. Factores de diversa índole se interrelacionaron para ralentizar tan prometedores inicios, y los de carácter científico-técnico no fueron menores. Dichos elementos en sus líneas generales fueron llamativamente similares en muchos lugares. Cinco tuvieron un papel muy marcado. En primer lugar, las dificultades institucionales para extender y garantizar la vacunación de la población en muchos países, que carecieron de algún tipo de organismo nacional que coordinara la vacunación. El caso de España en ese sentido fue proverbial. Hasta 1871 el Estado no acometió la tarea de crear un Centro Nacional de Vacunación, y aun así fue fundado y refundado hasta cuatro veces entre 1871-1877,

---

1. Darmon, P. (1986). *La longue traque de la variole*. Paris: Perrin. Campos, R. (2004). [La creación del Instituto Nacional de Vacunación \(1871-1877\)](#). *Asclepio*, 56(1), 79-110. Agostoni, C. (2016). [Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952](#). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

2. Ramírez Martín, S.M. (2002). *La salud del imperio: la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*. Aranjuez: Doce Calles.

cambiando de nombre cinco veces. Un proceso salpicado de conflictos entre médicos vacunadores de distintas instituciones, alimentados por la susceptibilidad y la pretensión de poseer la vacuna de mejor calidad<sup>3</sup>.

En segundo lugar, frente al discurso recurrente a las resistencias de la población a vacunarse, existieron problemas técnicos que frenaron la extensión de la vacunación. Especial interés suscitan las controversias médicas sobre la transmisión de la sífilis (sífilis vaccinal) que provocaba la vacunación brazo a brazo, la conveniencia de utilizar la vacunación animal, la pérdida de la calidad de la linfa y los problemas de conservación y distribución de la misma o la necesidad de revacunar a la población. En tercer lugar, estaban las resistencias a la vacunación y el surgimiento de grupos antivacunistas que hacia mediados de siglo contaban con organizaciones muy activas como en el caso de Inglaterra. Los argumentos de estos grupos eran variopintos e iban desde los que se basaban en criterios científicos, hasta los de corte religioso o los de derechos civiles<sup>4</sup>. No obstante, no siempre todas las resistencias fueron tales o eran producto de la ignorancia que les atribuían los partidarios de la vacunación<sup>5</sup>. La transmisión de la sífilis vaccinal fue una realidad que fue negada sistemáticamente hasta que se admitió y tuvo como consecuencia el retraimiento de sectores de la población ante la vacuna<sup>6</sup>. También hay testimonios de la existencia de redes populares de vacunación de carácter horizontal, como la existente en Barcelona en 1862, de las que estaban excluidos los médicos, o incluso de madres que vacunaban ellas mismas a sus hijos. Estos fenómenos eran incluidos en el saco común de las resistencias. En otras ocasiones estas no eran tanto hacia la vacunación en sí misma como hacia las condiciones en que se vacunaba. Hay que tener en cuenta que en la técnica brazo a brazo, el vacunador tenía que volver a ver al niño una semana después de vacunarle para com-

3. Campos, R. (2001). © [La vacunación antivariólica en Madrid en el último tercio del siglo XIX. Entre el especialismo médico y el mercantilismo](#). *Medicina e Historia*, 4, 1-15. Campos, R. (2004). La creación del Instituto Nacional de Vacunación...

4. Salvadori, F., Vignaud, L-H. (2019). *Antivax. La résistance aux vaccins du XVIIIe siècle à nos jours*. Paris: Vendemiare.

5. Faure, O. (1993). *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*. Paris: Belin.

6. Agostoni, C. (2016). *Médicos, campañas y vacunas...*

probar si había prendido y extraerle de la pústula la linfa para mantener la cadena. Ese vacunador también podía ser considerado un intruso, alguien lejano a la comunidad; de ahí la preferencia por las redes alternativas de vacunación. Por otra parte, los mensajes científicos podían confundir a la población: la necesidad de revacunar, la proliferación de institutos de vacunación con distintas técnicas y en constante competencia por hacerse con la hegemonía del mercado de la vacuna a nivel local o estatal, la negación de los efectos secundarios, etc., no contribuían a crear un clima de confianza. Por último, estaba la legislación sobre la vacunación. Inglaterra en 1857 la implantó<sup>7</sup>. Alemania lo hizo en 1874, México en 1891, Francia en 1902 y España, aunque de manera incompleta en 1903<sup>8</sup>. Las consecuencias de la obligatoriedad fueron contradictorias. Se produjo, no cabe duda, un aumento de la vacunación entre la población, pero también una reacción contra la obligatoriedad de la misma como en el caso de Gran Bretaña, alegando una intromisión en las libertades de los ciudadanos<sup>9</sup>. Por otra parte, estaba la importante cuestión de los gastos de vacunación a los pobres, que durante buena parte del siglo XIX y del XX corrían a cargo de la beneficencia pública o de la caridad filantrópica de los institutos privados de vacunación, cuando no de contratas de instituciones públicas a entidades privadas para que realizaran las tareas que tenían encomendadas, como fue el caso de Madrid entre 1887-1904<sup>10</sup>.

A pesar de todas estas dificultades –muchas veces olvidadas en los relatos oficiales– lo cierto es que a partir del surgimiento de la microbiología gracias a los descubrimientos de Louis Pasteur y de Robert Koch, el «uni-

---

7. Porter, D. y Porter, R. (1988). © *The politics of prevention: anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England*. *Medical History*, 32(3), 231-252.

8. Porras Gallo, M.I. (2004). © *Luchando contra una de las causas de invalidez: antecedentes, contexto sanitario, gestación y aplicación del decreto de vacunación obligatoria contra la viruela de 1903*. *Asclepio*, 56(1), 145-168.

9. Durbach, N. (2000). They Might As Well Brand Us': Working-Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England. *Social History of Medicine*, 13(1), 45-62.

10. Campos, R. (2001). La vacunación antivariólica en Madrid...

verso» de las vacunas sufrió un notable impulso, incorporándose otras nuevas (antirrábica y anticolérica) que serían completadas a lo largo del siglo XX con más vacunas y el establecimiento de los calendarios vacunales.

Volviendo a nuestros días y al anhelado descubrimiento de la vacuna contra la COVID-19, tal vez no estaría de más plantearse algunas cuestiones que están enraizadas en la propia historia de la vacunación. Las promesas de que la vacuna nos permitirá volver a tener una vida normal, entendida como la que teníamos antes de la actual pandemia, deberían ser, a la luz de la historia, cuestionadas o, cuanto menos, matizadas. Así, entre otras muchas, tal vez sería conveniente tener presentes las siguientes cuestiones. En primer lugar, pese a los denodados esfuerzos científicos por dar con la vacuna, debe contemplarse un escenario más que posible de competencia entre los laboratorios, tanto públicos como privados, por ser los primeros en descubrirla y por extensión, en el caso probable de que haya varios tipos de vacunas, por imponer la hegemonía de una de ellas en el mercado. En segundo lugar, está la cuestión de quiénes serán los [beneficiarios de la vacunación](#) ¿Será universal y gratuita? ¿Se vacunará solo a los grupos de riesgo que se determinen como tales? ¿Todos los países tendrán acceso a la misma o solo los económicamente más poderosos? Preguntas, cuyas respuestas se basarán en criterios científicos, pero también en políticos y económicos, pues el mercado de la vacuna existe en el siglo XXI, al igual que en el XIX. En tercer lugar, cuando se anuncia una fecha aproximada para la vacuna, no parece que se tome en consideración [su fabricación](#) y los [problemas técnicos](#), de recursos y [éticos](#) que conllevará producirla. Ello descontando posibles problemas y contraindicaciones que puedan surgir en los inicios de su aplicación, que a buen seguro alimentarán los argumentos de los antivacunistas, [muy activos en redes sociales](#) y con un posible influjo en la opinión pública como han expresado [algunos artículos recientemente](#). El movimiento antivacunas, en sus distintas variantes, constituye el cuarto factor a tomar en cuenta en el escenario inmediato<sup>11</sup>. Sin embargo, aunque hay constantes históricas en el mismo, hay que marcar también con claridad

11. Lopera Pareja, E.H. (2016). *El movimiento antivacunas. Argumentos, causas y consecuencias*. Madrid: Los Libros de La Catarata. Millward, G. (2019). [Vaccinating Britain: Mass Vaccination and the Public Since the Second World War](#). Manchester: Manchester University Press. Salvadori, F., Vignaud, L-H. (2019). *Antivax. La résistance aux vaccins...*

las [⊙ \*diferencias de contexto\*](#). Las motivaciones en el siglo XIX no son exactamente las mismas que hoy día, pues existe una larga experiencia acumulada en la vacunación y una extensa panoplia de vacunas incorporadas a nuestras costumbres sanitarias. No se debería caer en la mera descalificación de este tipo de actitudes. Bien al contrario, deben ser observadas y estudiadas para poder extraer alguna enseñanza. Por último, será preciso rehuir de la tentación reduccionista. La vacuna contra la COVID-19 será sin duda una herramienta importante y decisiva en la prevención de la enfermedad. Pero de poco valdrá si, por pereza, comodidad o motivaciones políticas y económicas, no va [⊙ \*acompañada de medidas de carácter sociosanitario\*](#), como inversiones en los sistemas de salud, atención primaria, vigilancia epidemiológica y salud pública, formación del personal sanitario, así como en otras de más profundo calado dirigidas a recortar las desigualdades sociales. Ese futuro está por escribir.

⊙ [Ricardo Campos](#)

*Investigador Científico del Instituto de Historia del  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).*

# Las unidades de medicina intensiva como respuesta tecnológica y humanitaria a las epidemias de poliomielitis de mediados del siglo XX

Rosa Ballester Añón

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

*Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana*



La creación de unidades especializadas en el tratamiento de enfermos críticos es una novedad contemporánea. Paciente crítico es aquel en situación clínica de disfunción o fracaso de uno o más órganos, con riesgo vital, real o potencial, que requiere asistencia sanitaria especializada y continuada en un área específica –las unidades que a lo largo de tiempo han adquirido diferentes nombres: medicina crítica, medicina intensiva– cuya herramienta fundamental de trabajo es la aplicación sistemática de los medios de tratamiento de soporte vital. Uno de sus elementos son los sistemas de respiración artificial. Con ocasión de la pandemia de la COVID-19, estas unidades aparecieron frecuentemente en los medios de comunicación, en especial en la fase de crecimiento exponencial de los casos, por la importancia de las mismas en la resolución de los estados clínicos de mayor gravedad, por su escasez para hacer frente a un creciente número de pacientes que requerían este servicio y, muy en particular, por la inexistencia de suficientes sistemas de respiración artificial para el tratamiento de las complicaciones respiratorias.

El desarrollo de estas unidades especializadas de vigilancia, cuidados y tratamiento de pacientes críticos fueron propiciadas, en gran medida, por la poliomielitis, una enfermedad causada por tres tipos de poliovirus del género de los enterovirus. Es muy contagiosa, afecta sobre todo a los niños menores de cinco años y puede invadir el sistema nervioso central y causar parálisis (por ello popularmente fue conocida como «parálisis infantil»). Adquirió carácter epidémico desde mediados del siglo XIX hasta los años cincuenta del pasado siglo, con brotes de creciente magnitud y extensión

geográfica, hasta que se inició su control y posterior erradicación, en algunas partes del mundo, merced al desarrollo de las vacunas, la primera de ellas, la inyectable de gérmenes inactivados, desarrollada por Jonas Salk, a partir de 1955. Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y en un 5% a 10% de estos casos, los pacientes fallecen por parálisis de los músculos respiratorios.

La expansión mundial de la poliomielitis se relaciona con las circunstancias que concurrieron en torno a la Segunda Guerra Mundial, como los desplazamientos masivos y las deplorables condiciones de vida. La gravedad del problema, que afectó fundamentalmente a países europeos –los nórdicos en primer lugar– y norteamericanos, sobre todo en los años cuarenta, favorecieron la creación de entidades supranacionales como la Asociación Europea contra la Poliomielitis, las conferencias internacionales sobre el particular y las reuniones e informes técnicos de los grupos de expertos de la recién creada Organización Mundial de la Salud.

Peter Safar (1924-2003), médico de origen vienés exilado a los EEUU en el periodo de ocupación nazi, fue uno de los pioneros de la aplicación y difusión de los llamados primeros auxilios. En 1950, Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Las epidemias de poliomielitis, obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de «respiración artificial». Estas unidades nacieron de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, en Suecia y en Francia. Una enfermedad para la que no había una terapéutica adecuada y para la que se utilizaron diversas técnicas de fisioterapia, las más o menos agresivas técnicas quirúrgicas y los tratamientos ortopédicos para corregir las deformidades, una vez instauradas. Aunque no se circunscribieron a estas epidemias de polio, las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas, por iniciativa de Safar, en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961. Con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina, siendo el punto de partida de lo que hoy es un área muy importante con entidad propia dentro del sistema asistencial.

La poliomielitis puede afectar los centros respiratorio y circulatorio en el tronco del encéfalo y comprometer la función respiratoria. Cuando se ven afectados el diafragma o los músculos intercostales se produce una insuficiencia respiratoria y puede producir, incluso, la muerte. Esta situación de auténtica angustia es la que los médicos comentaban en sus escritos y en los testimonios orales que se han recogido de los profesionales a cargo de este tipo de pacientes durante el periodo epidémico. Y ese fue el motivo principal para el uso de unos artefactos que ya se conocían desde los trabajos de Philip Drinker (1894-1972) y Louis Agassiz Shaw Jr. (1886-1940) en los años veinte del siglo pasado, pero que adquirieron una importancia decisiva en las epidemias de polio. Se trata de los denominados pulmones de acero (*iron lungs*), ventiladores de presión negativa que permitían a una persona respirar cuando se había perdido el control de los músculos respiratorios. La única forma de sobrevivir era estar introducidos dentro de estos tanques de acero que dejaban únicamente su cabeza al exterior. El interior de la cámara se cerraba herméticamente, manteniéndose en ella una circulación de aire bombeado que, de forma periódica, aumentaba o reducía la presión, con lo que se facilitaba la tarea de respirar imitando la fisiología de la respiración humana. Como hemos comentado, las salas de los hospitales se llenaron de pulmones de acero durante el brote de poliomielitis de los años 1940 y 1950 y, si bien suponían en muchos casos la única forma de sobrevivir hasta que los síntomas mejoraran (lo cual no sucedía en todos los casos), la imagen de las personas –la mayor parte de ellas, niños– encapsuladas en estos aparatos, a veces durante varias semanas o meses, despertaban una profunda compasión y fueron un acicate para sensibilizar a la población y para aportar recursos para la investigación en la producción de vacunas por parte de los Estados y de fundaciones privadas, en particular en EEUU, donde el propio presidente Franklin D. Roosevelt resultó afectado.

En España, desde 1940, parte de los sanitarios tuvieron interés en usar los respiradores Drinker, pero, según testimonios como los del neurólogo José M. Izquierdo Rubin (1918-1956), la mayor parte de los hospitales españoles carecía de estos aparatos. Para atender a las víctimas, desde el régimen franquista comenzaron a adoptarse medidas legislativas y creación de centros y servicios sanitarios especializados, aunque la mayor parte de ellos apenas cristalizaron hasta la década de los sesenta. El Servicio Nacional

contra la Poliomiélitis instalado en el Hospital del Rey contaba con este tipo de aparatos, además de los instalados en otros hospitales y centros asistenciales como el Hospital del Niño Jesús y el Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa de Valencia. El servicio del Hospital del Rey contaba con 130 camas y dos salas de respiración artificial, una con siete pulmones de acero y otra con tres respiradores de presión positiva y negativa para utilizar, a través de una traqueotomía, junto a unos respiradores tipo coraza utilizados para la rehabilitación respiratoria. El ayuntamiento de Valencia compró un pulmón artificial en 1950 que fue anunciado en la prensa local como «el primer pulmón de acero importado en España». Desde instancias profesionales se urgió para que se incluyeran competencias técnicas para el manejo de estos respiradores, en la formación de médicos y enfermeras. Hay constancia del perfecto conocimiento de las novedades que se iban produciendo en el extranjero sobre las diversas modalidades de respiradores que se iban presentando en los sucesivos simposios de la Asociación Europea contra la Poliomiélitis, como el celebrado en Madrid en 1958. Pero, ciertamente, no pudieron cubrir todas las necesidades en los brotes agudos cuando se disparó el número de casos, que, a finales de los años cincuenta superaba los 2.000.

Con el éxito mundial de los programas de vacunación y la llegada de ventiladores modernos que controlaban la respiración a través de la intubación de la vía respiratoria, el uso del pulmón de acero declinó bruscamente.

En 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud, a la que asistieron delegados de 166 Estados miembros, adoptó una resolución sobre la erradicación mundial de la poliomiélitis que marcó la creación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis, encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Rotaria Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EEUU (CDC) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y que contó con el apoyo de asociados clave como la Fundación Bill & Melinda Gates. Como resultado de una campaña de vacunación global a lo largo de los últimos treinta años, la poliomiélitis prácticamente se ha erradicado en la mayor parte del planeta. Sin embargo, todavía se producen casos en algunos países en África y Asia, donde ocurren brotes en grupos de personas que, por diversas circunstancias, no han sido vacunadas.

## BIBLIOGRAFÍA

Fresquet, J.L. (2009). © *Biografías. Peter J. Safar (1924-2003)*.

Maxwell, J. (1971). The iron lung: halfway technology or necessary step. *New England Journal of Medicine*, 285, 1366-1388.

Porras, M.I. y Báguena, M.J. (2003). La respuesta institucional y científica frente a la enfermedad a través de los casos de Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha. Atención sanitaria a la polio y sus secuelas y reintegración social de las víctimas. En M.I. Porras Gallo, M. Ayarzagüena, J. de las Heras y M.J. Báguena Cervellera (Coords.). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista* (pp. 94-119). Madrid: La Catarata.

Porras, M.I. y Ballester, R. (febrero, 2008). The incorporation of medical technology for the treatment of the acute stage of poliomyelitis in Spain. Trabajo presentado en la *Seventh European Social Science History Conference*, Lisboa.

Stanton, J. (2003). Supported lives. En: R. Cooter y J. Pickstone (Eds.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century* (pp. 607-609). London: Routledge.

© *Rosa Ballester Añón*

*Catedrática emérita de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández de Elche.  
Vicepresidenta de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.*

# REFLEXIONES SOBRE

## V. - REFLEXIONES SOBRE LA COVID-19



# La COVID-19, una enfermedad emergente

J. Ferran Martínez Navarro

*Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III*



Hacia mediados de los años 80 del pasado siglo el optimismo, que dominó a la salud pública y a la medicina, acerca del control de las enfermedades infecciosas entró en crisis. Las razones de dicho optimismo eran reales: la mortalidad infecciosa dejó de ser, a lo largo del siglo XX, el primer grupo de causa de defunción con un evidente impacto en la mortalidad infantil, especialmente la postneonatal y la de 1 a 4 años; se erradicó la viruela; se dispuso de terapias eficaces, así como de vacunas, posibilitando la aplicación de políticas sanitarias y ambientales orientadas a su control. De hecho, se consideraba que se había superado el tiempo histórico en el que la enfermedad infecciosa, con sus ciclos epidémicos, se percibía como un riesgo latente. Las epidemias habían dejado de ser una amenaza continua. Al mismo tiempo que se observaba en la población anciana el incremento de la mortalidad infecciosa –diarrea, septicemia, neumonía– como un hecho relacionado con el oportunismo microbiológico consecuencia de la comorbilidad prevalente en este grupo de población.

Desde el propio ámbito científico se había consolidado el paradigma de la etiología microbiana y se disponía de tecnología avanzada tanto diagnóstica como terapéutica y preventiva, que garantizaban el control de los procesos infecciosos, no solo los epidémicos.

La sensación de éxito frente al enemigo secular minusvaloró los descubrimientos de nuevos agentes microbianos responsables de nuevas enfermedades infecciosas, las llamadas «enfermedades emergentes», es decir aquellas que aparecían por primera vez, o aquellas ya conocidas cuya baja incidencia experimentaba un rápido crecimiento y una expansión de su ámbito geográfico<sup>1</sup>.

---

1. Morse S.S. (1995). Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerging infectious diseases*, 1(1), 7-15.

Desde 1973 a 1995 fueron identificadas 17 nuevas enfermedades, entre ellas la fiebre hemorrágica por Ébola, la enfermedad de los legionarios, el síndrome urémico-hemolítico o el sida. Se reconocieron otros microorganismos patógenos como rotavirus, parvovirus, virus ébola, *legionella*, VIH, *helicobacter pylori*, *vibrio Cholerae* O139. Ya en el siglo XXI, aparecieron los virus Hendra, Nipah, y los coronavirus SARS, MERS y COVID-19.

Si bien la comunidad científica confería la vigilancia requerida a estas enfermedades, no todas recibieron la misma atención ni tampoco la misma preocupación por parte de la población, excepto en el caso del sida, y esta con carácter excepcional. La mayor parte de ellas pasaron desapercibidas tanto por las autoridades sanitarias como por la población. Eran percibidas como problemas menores, ajenos al mundo cotidiano en el que nos desenvolvemos, o se percibía en ellos un interés científico, por tanto reducido a una élite, o un interés morboso relacionado con su transmisibilidad y virulencia, pero limitado a entornos localizados y ajenos. En cualquier caso, siempre se las consideraba como enfermedades controlables.

De todas ellas, la de mayor impacto fue el sida, aparecido a mediados de los años 80, que se caracterizó por afectar a hombres jóvenes, por su elevada virulencia y mortalidad, con un leve impacto negativo sobre la esperanza de vida, pero que al estar asociado a conductas relacionadas con el sexo de hombres con hombres y con el consumo de drogas por vía parenteral, fue rápidamente cosificado por la población como un problema de grupos marginales y consecuentemente excluido como riesgo universal.

En general, la mayoría de las enfermedades emergentes estaban relacionadas con la introducción de nuevas tecnologías industriales, de confort urbano o relacionadas con la producción e industrialización de alimentos. Las enfermedades de mayor impacto fueron, entre otras, la *legionelosis*, relacionada con los sistemas de aire acondicionado así como con el uso industrial y decorativo del agua; la encefalitis espongiiforme, vinculada a la mejora de la productividad cárnica del ganado vacuno al cambiar la composición alimentaria introduciendo proteínas animales en una alimentación vegetariana; el síndrome urémico-hemolítico, relacionado con el proceso de transformación de la ganadería y la industria cárnica en EEUU –concentración de las explotaciones ganaderas con un peso creciente de las intensivas y concentración de la industria cárnica y de la distribución de sus produc-

tos, así como su influencia en los «nuevos» hábitos alimentarios, concretamente la comida rápida<sup>2</sup>-. Estos son ejemplos de los nuevos procesos orientados a la mejora del confort y a la productividad alimentaria con el fin de proporcionar alimentos a una población en continuo crecimiento y que favorecen, como efecto secundario, el tráfico y pool microbiano. Y es que las enfermedades transmisibles son primariamente un conflicto ecológico interespecies conformado en un medio históricamente determinado, siendo su principal su factor emergente la relación de la mayoría de estas enfermedades con el mundo animal.

Se trata de zoonosis que aparecen como consecuencia de dos tipos de relaciones: (a) ecológicas, por el carácter gregario de las poblaciones animales; y (b) técnicas, desarrolladas en los procesos de domesticación de plantas y animales que modifican la interacción entre las diferentes especies implicadas. De hecho, vamos creando las condiciones óptimas para favorecer el «salto de especie», es decir el paso de microorganismo adaptados a especies animales concretas –donde establecen relaciones de simbiosis, comensalismo y parasitaria– a otras especies, paso que requiere la adaptación de su estructura genética, mediante mutaciones o cambios fenotípicos, a la nueva especie como estrategia de supervivencia. El éxito del «salto de especie» lo da la capacidad de difundirse en la nueva especie y perpetuarse en ella, como ha sido el caso del sarampión, la gripe, la viruela, la tuberculosis, etc.

La supervivencia del microorganismo depende del control genético del agente invasor para adaptarse a la nueva especie, lo que puede agravar o reducir la virulencia; de las modificaciones ambientales que pueden aumentar o limitar la transmisibilidad; y, de que la interacción agente-huésped capaz de generar «inmunidad de grupo» que actúe como barrera a la difusión de la enfermedad, ya que su ausencia favorece la transmisión de la infección, así como la velocidad de difusión.

---

2. Armstrong, G.L., Hollingsworth, J., y Morris, J.G.Jr. (1996). Emerging foodborne pathogens: *Escherichia coli* O157:H7 as a model of entry of a new pathogen into the food supply of the developed world. *Epidemiologic reviews*, 18(1), 29-51.

Y la supervivencia de la enfermedad en la comunidad depende del «umbral demográfico» al mantener un nivel variable de población susceptible que desplaza la enfermedad a las generaciones más jóvenes, al mismo tiempo que determina la secuencia de los ciclos epidémicos multianuales. Es decir, se transforma en «enfermedad infantil», como es el caso del sarampión.

La pandemia de la COVID-19 está enmarcada en el contexto descrito. El paso de especies de animales silvestres a explotaciones intensivas genera las condiciones óptimas para el salto de especie. La adaptación con éxito al nuevo huésped y la transmisión, entre la especie humana, por vía aérea, son factores que junto a la especificidad etiológica –virulencia y transmisibilidad– e inmunológica constituyen la base biológica de la pandemia. El incremento de la población, la creciente necesidad de alimentos y las nuevas formas de organización espacial y social son los factores determinantes de la transformación de un pequeño foco epidémico en una pandemia como ocurrió en China. En nuestro país, el 75% de los casos están concentrados en tres territorios epidémicos –Madrid, País Vasco y Cataluña– que suman el 46,7% de los habitantes. Son las zonas del país más urbanizadas, con alta densidad de población, y con una red de conexiones espaciales y económicas sobre sus territorios vecinos: ambas Castillas en el caso de Madrid y Navarra y La Rioja en el caso del País Vasco. En el caso de Cataluña no se observa ese efecto de vecindad. Otra singularidad es la derivada del envejecimiento de población y las formas de relación de la población anciana; en concreto, el papel desarrollado por la red de Residencias de Ancianos donde la homogeneidad de la población y sus condiciones de hábitat ha sido uno de los factores que han favorecido la existencia de brotes localizados de elevada transmisibilidad y virulencia.

La COVID-19 es uno más de los episodios epidémicos que han marcado el desarrollo de la humanidad en su proceso de encontrar una estrategia alimentaria que asegure su pervivencia, evite las hambrunas y garantice un ambiente saludable. La secuencia de las epidemias y pandemias son procesos históricos determinados no solo por las elevadas concentraciones de población, sino también por los cambios tecnológicos y políticos aplicados a la producción de alimentos y a las formas de organización social y espacial adoptada por las diferentes formaciones sociales en los distintos periodos de desarrollo de la humanidad. Por ello, son considera-

das por McNeill como «enfermedades civilizadas» ya que aparecen como consecuencias no deseadas o no previstas de acciones racionales por parte de las poblaciones humanas<sup>3</sup>.

En resumen, fuera de la especificidad de la COVID-19, la difusión y velocidad de la pandemia está generada por la falta de inmunidad de la población, situación lógica al ser un nuevo germen en proceso de adaptación a la especie humana. Esta situación se ha repetido a lo largo de la historia, produciendo situaciones más o menos agudas y, como señala McNeill refiriéndose a la aparición de las epidemias de viruela en una sociedad en la que esta enfermedad no existía pero que fue importada por las tropas de la Corona de Castilla, como fue el México de Moctezuma. La epidemia fue el resultado

de los encuentros de la humanidad con las enfermedades infecciosas y las consecuencias de largo alcance que se produjeron cada vez que los contactos a través de la frontera de una enfermedad permitieron que una infección invadiera a una población carente de toda inmunidad adquirida contra sus estragos<sup>4</sup>.

Es lo que ha ocurrido ahora con la COVID-19.

**J. Ferran Martínez Navarro**

*Profesor emérito de la Escuela Nacional de Sanidad de Instituto de Salud Carlos III.*

---

3. McNeill, W.H. (1984). *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI de España.

4. *Ibidem*.

# Reflexiones biopolíticas en torno a la COVID-19

Salvador Cayuela Sánchez

*Universidad de Castilla-La Mancha*



En la respuesta que los Estados han certificado –en mayor o menor medida– ante la crisis actual generada por la extensión mundial del virus SARS-CoV-2 –causante de la enfermedad COVID-19–, en el sentido de restringir las libertades más básicas e incluso de asumir la dirección de los procesos productivos, parece oírse un eco de la argumentación de Carl Schmitt en *El concepto de lo político* de 1927<sup>1</sup> sobre la distinción «amigo/enemigo», y la condición de la posibilidad de la «guerra» como elemento central en la conceptualización del Estado y la política: el Estado liberal, con su sistema de partidos, sus actores sociales y su defensa de la libertad individual, no es sino una fórmula hipócrita que salta por los aires cuando las necesidades realmente políticas así lo exigen, y la verdadera esencia de la política emerge bajo la forma del «Estado de Excepción» o de «Guerra». Ahora bien, hoy todo parece jugarse en torno a la salud, tanto de los individuos como de las poblaciones, y los Estados son capaces de las medidas más drásticas para conservarla.

En efecto, en el marco del actual paradigma «bio»-político, donde la vida ha entrado plenamente –y ya desde el siglo XIX– en el juego mismo de las estrategias políticas, capaces de invadir nuestro cuerpo, la alimentación, el alojamiento, el «espacio entero de nuestra existencia», las actuales respuestas socio-sanitarias no parecen sino seguir sus propias estrategias definitorias<sup>2</sup>. Si tenemos en cuenta que la «biopolítica», en su doble dimensión «disciplinaria» –encargada del gobierno del cuerpo individual– y «reguladora» –preocupada de la salud de las poblaciones–, siempre tuvo como

---

1. Schmitt, C. (1999). *El concepto de lo político*. Madrid: Alianza.

2. Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de Saber*. Madrid: Siglo XXI, 161-194.

objetivo aumentar y proteger las fuerzas del Estado y su población, entonces las actuales medidas estatales no son sino una muestra más de su actualidad y eficacia. ¿Qué ha supuesto entonces para este modelo biopolítico la aparición de la «pandemia global»?

Por un lado, es sin duda interesante comprobar cómo las medidas adoptadas para reducir los contagios por el virus SARS-CoV-2 o contener su expansión son sorprendentemente parecidas a las que estipulaban los planes de urgencia contra la peste –o cualquier otra epidemia grave– desarrollados desde finales de la Edad Media por toda Europa<sup>3</sup>: permanecer en casa, cada familia en su hogar, y a ser posible cada persona en su aposento; la división de la ciudad en barrios sometidos a una autoridad especialmente designada y encargada de los inspectores que debían vigilar y controlar si alguien salía de su vivienda; inspectores que debían remitir informes detallados sobre su actividad a un sistema centralizado de información; inspectores además encargados de pasar revista diaria de los vecinos recluidos en sus casas, a través de la ventana, y que anotaban la ausencia en el recuento como signo de enfermedad o muerte, en cuyo caso se procedía bien al traslado del afectado a la enfermería fuera de la ciudad, bien al entierro y la desinfección de la casa. A modo de reflejo postmoderno, también hoy debemos permanecer en casa, aislados, restringidos nuestros movimientos a las compras en los establecimientos de primera necesidad cercanos a nuestra residencia, controlados por la policía –que reporta y castiga los movimientos injustificados– o, incluso, a través de la geolocalización de nuestros dispositivos móviles, monitorizados por los profesionales sanitarios a distancia o, en situaciones graves, en los establecimientos hospitalarios. Sin duda, no parece más que una reactualización del viejo «modelo de la peste» al que se refiere Michel Foucault<sup>4</sup>.

Pero, por otro lado, las estrategias, los medios y las respuestas frente al SARS-CoV-2 se dan en contextos fundamentalmente distintos, y en circunstancias y con actores radicalmente nuevos. En primer lugar, mientras que las grandes epidemias del pasado solían quedar circunscritas a lugares

---

3. Foucault, M. (2002). Nacimiento de la medicina social. En J. Varela y F. Álvarez-Uría (Eds.). *Michel Foucault. Estrategias de Poder. Obras Esenciales II* (pp. 363-384). Barcelona: Paidós.

4. Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

y espacios bien acotados –barcos, ciudades, islas, y en contextos geográficos más o menos aislados–, la actual pandemia se desarrolla a escala global, tras la rápida expansión del virus por todo el planeta en apenas tres meses. En segundo lugar, y como arriba quedó señalado, el tratamiento de la nueva pandemia se da –al menos en los países desarrollados– bajo los principios biopolíticos del gobierno de la vida, en el marco de unos sistemas sanitarios contruidos en Europa al abrigo del Estado del Bienestar. Los sistemas sanitarios más fuertes –más aptos para ocuparse de las manifestaciones individuales de la enfermedad– son los más capaces de preservar la salud de sus poblaciones, y de orquestar medidas higiénicas y sanitarias para asegurarla. Y finalmente, a diferencia de lo que ocurría en las viejas ciudades apesta- das, el aislamiento social no impide como antaño la puesta en común de la experiencia individual o familiar, de la actualidad o incluso la propia vida social. Y tampoco la información –y «des»-información– sobre la evolución de la enfermedad y las medidas higiénicas que cada uno de nosotros podemos y debemos adoptar para impedir el contagio, y con ello convertirnos en transmisores potenciales de la enfermedad.

Pero con todo, la radical novedad que esta pandemia supone desde un punto de vista biopolítico es su manifiesto y definitorio carácter planetario. Por supuesto, el propio concepto de pandemia se refiere por definición a una enfermedad infecciosa que afecta a los pobladores de un área geográfica extensa. Hubo otras pandemias en el pasado. Pero ninguna vez como hasta ahora la velocidad de propagación de un virus ha sido tan fulminante, y tampoco el protagonismo y la autoridad concedidos a un organismo supranacional como la Organización Mundial de la Salud. En efecto, y como ha señalado Antonio Campillo<sup>5</sup>, la OMS se ha erigido en estas últimas semanas como una auténtica «autoridad biopolítica mundial», mostrando el camino a seguir a unos Estados que, con mayores o menores reticencias, se han visto obligados antes o después a acatar sus recomendaciones. Dueños de la violencia y el gobierno legítimo sobre un territorio y una población, los

---

5. Campillo, A. Pensar la pandemia. En D. Tomás Cámara (Comp.), *Covidsofía. Reflexiones filosóficas para el mundo pospandemia* (pp. 127-139). Barcelona: Paidós.

Estados se han visto apremiados por «recomendación de los expertos» a la ordenación excepcional y «cuasi»-autoritaria de la economía, la sociedad, del sistema sanitario o del sistema productivo.

Al final de su ensayo, sin renunciar al par amigo/enemigo y la posibilidad siempre existente de la guerra como origen mismo de la política, Carl Schmitt era aún capaz de imaginar –jocosamente, eso sí– la posibilidad de construcción de una identidad política planetaria, enfrentada claro está a un enemigo común. A falta de una invasión alienígena que nos obligue a pensarnos y a actuar como una única especie, el SARS-CoV-2 puede ser –y es– ya pensado como ese enemigo común al que todos como humanidad debemos combatir. Las metáforas bélicas han sido siempre muy del gusto del lenguaje médico. Pero estaríamos errando en el diagnóstico. El nuevo virus no ha sido causado por un mero accidente o por un animal salvaje u otro, y tampoco es el arma biológica creada por un Estado en busca de supremacía geopolítica. Este nuevo virus es el resultado –como antes lo fue el VIH o el virus del Ébola– de una relación insostenible del ser humano con el planeta, de una agroindustria que reduce drásticamente el hábitat de la vida salvaje, de un modelo productivo basado en los combustibles fósiles y la depredación de los recursos naturales, y de un sistema económico intrínsecamente desigual. Como James Lovelock<sup>6</sup> y Lynn Margulis<sup>7</sup> han sostenido en su «hipótesis Gaia», los seres humanos, como el resto de los animales y el conjunto de los seres vivos –plantas, hongos, bacterias y, obviemos controversias, virus–, vivimos en un complejo sistema homeostático en el que todo está conectado, sostenido a su vez por esos procesos geoquímicos que conectan la atmósfera y la corteza terrestres, los océanos y la tierra. Desentendernos de esos procesos, querer ignorarnos es, en definitiva, poner en peligro nuestra supervivencia como especie y la del resto de seres vivos sobre el planeta.

En el paradigma biopolítico en el que habitamos, donde el poder se ejerce como «bio»-poder y gobierna todos los ámbitos de nuestra existencia, nuestra lucha debe ser por el gobierno de nuestra propia vida y de nues-

---

6. Lovelock, J. (1979). *Gaia: A new Look at Life on Earth*. Oxford: Oxford University Press.

7. Margulis, L. (1999). *The Symbiotic Planet: A New Look at Evolution*. London: Phoenix.

tro propio cuerpo. Pero esa lucha ahora es global, y ya no puede ser independiente del cuidado de la propia vida sobre el planeta, de la vida de nuestros semejantes, y de la supervivencia del resto de seres vivos con los que «co»-habitamos<sup>8</sup>. Por supuesto, el «deber ser» suele confundirse con el «ser». Esta gran lección que la COVID-19 insiste en recordarnos puede olvidarse cuando pase la tormenta. Pero sin duda vendrán otras pandemias, otras sequías, nuevas enfermedades y desastres naturales que nos obligarán de nuevo a pensar como especie. Esa es nuestra gran obligación hoy, y la gran lección de este nuevo virus.

Después de todo, el «hombre» es el único animal capaz de hacer promesas.

© *Salvador Cayuela Sánchez*

*Profesor Contratado Doctor de Historia de la Ciencia en la  
Facultad de Medicina de Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha.*

---

8. Campillo, A. (2018). *Mundo, nosotros, yo. Ensayos cosmopolíticos*. Barcelona: Herder.

# La cara B de las epidemias: a propósito del control social

Rafael Huertas

*Instituto de Historia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)*



**E**n este mismo volumen se contiene una certera reflexión de Salvador Cayuela titulada *Reflexiones biopolíticas en torno a la COVID-19*. En su texto, Cayuela alude al «viejo *modelo de la peste* al que se refiere Michel Foucault» para ilustrar las similitudes existentes entre las medidas contra la peste en la Europa medieval y las adoptadas en la actual epidemia: aislamiento social, vigilancia y control de los movimientos de la población, castigo a los infractores, etc. Es obvio que existen también diferencias muy notables, que son señaladas en parte por Cayuela: la dimensión global de la actual epidemia, el papel de los medios de comunicación, la existencia de sistemas sanitarios nacionales, etc. A estas, podemos añadir otra diferencia fundamental, pues las epidemias medievales tuvieron lugar en el marco de sociedades con un modo de producción feudal o precapitalista, y la pandemia del coronavirus se produce en un mundo de globalización capitalista. Es en este contexto, en el que voces como la de la filósofa Marina Garcés, piensan y denuncian que «*el control social será uno de los grandes ganadores de la pandemia*».

La inquietud de Garcés, y de otros muchos, puede estar justificada, sin duda, pero creo que conviene distinguir bien entre los principios y estrategias del llamado «control social» y las medidas de salud pública en casos extraordinarios porque, aunque existen coincidencias innegables, no es lo mismo estar que no estar en estado de alarma por amenaza epidémica. Existe una amplia tradición académica que vincula la aparición del control social, tal como lo entendemos en la actualidad, con el fin del *Ancien Régime*. Tras las revoluciones burguesas de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, el bienestar social, la seguridad, el orden, la ley –conceptos acuñados y entendidos en un contexto liberal-burgués– se convirtieron rápidamente en los ideales de una nueva clase en vías de agruparse y organizarse coherentemente. Así,

de la confrontación entre el desarrollo de voluntades individuales y «el bien común» o, si se prefiere, el «interés general», surgió la necesidad de articular un orden social, un sustrato normativo que superase a los individuos y se impusiera a ellos. Las ciencias sociales de finales del siglo XIX retomaron estas ideas llegando a sistematizar toda una argumentación teórica que está en la base de lo que más tarde se definiría como control social. Uno de los autores más representativos en este sentido puede ser Durkheim, cuando afirma que «Es preciso, ante todo, poner límite a las pasiones (...) pero puesto que no hay nada en el individuo que pueda fijar un límite, este debe necesariamente venir de alguna *fuerza exterior al individuo*»<sup>1</sup>. Pues bien, es esta «fuerza exterior al individuo» lo que el sociólogo Edward Ross denominó, en 1901, «control social»<sup>2</sup>. Mientras que el liberalismo postulaba que el orden provendría de la obediencia de los ciudadanos libres a las leyes que se adoptaran colectivamente en el marco del Estado democrático –confiando a este la responsabilidad de reprimir a aquellos que no siguieran las normas–, lo cierto es que el orden, la reproducción estable de la sociedad, no era visto por todos como esa «suma de voluntades», sino como una compleja construcción que suponía no solamente un aparato coercitivo o represor más o menos eficaz, sino también una lógica de adhesión de dichas voluntades, imprescindible para un funcionamiento armónico del todo social.

La noción de control social tuvo una gran acogida en la sociología de la primera mitad del siglo XX dando lugar, bajo la influencia del funcionalismo de los años cuarenta (desde Talcott Parsons a Everet Hughes y la escuela de Chicago), a investigaciones sobre el «conflicto social». Aunque con diferencias teóricas, cabe destacar en este tipo de reflexiones la teoría del «proceso civilizatorio» de Norbert Elías<sup>3</sup>, que analiza la llegada de la modernidad en relación con los procedimientos que favorecen el autocontrol de la población. Recuérdese la influencia de este autor en la formulación, por Labisch,

---

1. Durkheim, E. (1870). *Le suicide*. Paris: Alcan, p. 275.

2. Ross, E. (1901). *Social control: a survey of the foundations of order, The Citizen's Library of Economics, Politics and Sociology*. New York: Macmillan.

3. Elías, N. (1987). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México-Madrid-Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

de la categoría *Homo hygienicus*<sup>4</sup>. No cabe duda de que este autocontrol, que supone la interiorización o subjetivación de la norma por parte de los ciudadanos y ciudadanas ofrece la posibilidad de ejercer un control social basado más en la persuasión que en la coacción.

Finalmente, tampoco podemos olvidar la importancia de la Escuela de Fráncfort como punto de partida de todo un pensamiento crítico que ofreció una reflexión global sobre los procesos que consolidan la sociedad capitalista. La síntesis entre economía y psicología resultaba imprescindible para analizar la nueva sociedad de masas que estaba surgiendo y que, en buena medida, está en el origen de la preocupación de la llamada Teoría Crítica por los procesos de dominación. Precisamente este interés por los sujetos y los colectivos dominados se hará muy relevante en la obra de Foucault sobre los espacios de poder y sobre el poder soberano y el poder disciplinario.

En *Vigilar y castigar*, Foucault define el «modelo de la peste», al que se refiere Cayuela en su capítulo, y el «modelo de la lepra» como inspiradores de dos actuaciones diferentes, pero en el fondo complementarias, de control social. Así, la intervención sobre el leproso tendió a ser individual y estigmatizante: al leproso se le margina, se le separa, se le excluye, toda vez que representa un sujeto contaminado y «sucio» que es preferible no ver. Su exclusión social se justifica en un ideal de «sociedad limpia». La peste, sin embargo, en tanto que enfermedad catastrófica, cuyo contagio amenaza la vida de la comunidad, requiere medidas policiales, cordones sanitarios, estricta vigilancia de personas y mercancías, obligada separación entre sanos, sospechosos e infectados. En definitiva, la intervención sobre la peste requiere medidas colectivas que persiguen el ideal de una «sociedad disciplinada»<sup>5</sup>.

Vemos, pues, cómo las reflexiones sobre el control social –que han ido actualizándose con aportaciones como las de Byung-Chul Han, entre otros– no están, en principio, ligadas de manera exclusiva a situaciones epidémicas, por más que pensadores brillantes establezcan conexiones simbólicas con «modelos» de enfermedad. Lo que quiero decir es que re-

---

4. Labisch, A. (1985). © *Doctors, Workers and Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of Health and the Homo hygienicus*. *Journal of Contemporary History*, 20, 599-615.

5. Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard, pp. 199 y ss.

sulta evidente que las medidas de higiene individual y colectiva son necesarias siempre, y más en una crisis epidémica como la que vivimos; en situación tan extraordinaria, el control de los desplazamientos, el aislamiento, etc... resultan imprescindibles e inevitables. Si hay un momento en el que los ciudadanos deben mantener la disciplina es ahora, como también me parecen necesarias las medidas restrictivas que deben imponer, llegado el caso, las fuerzas (policiales o no) encargadas de las mismas. El problema que preocupa a muchos, y sobre el que merece la pena reflexionar, es que el ideal de una sociedad disciplinada y obediente se mantenga como tentación autoritaria cuando el objetivo ya no sea la lucha sanitaria. En la actualidad conviven redes de apoyo mutuo y muestras de solidaridad entre los ciudadanos con esos «policías de balcón» que, al tener tan interiorizada la norma y el miedo, insultan y delatan a todo el que pasa por la calle, aunque sea un repartidor de medicamentos. Todos los que no están enfermos pasan a ser sospechosos y, por tanto, peligrosos, pero ¿por dónde irán las relaciones sociales después de la epidemia? ¿Hacia nuevas formas de convivencia que primen la solidaridad y lo común o hacia una sociedad más encerrada en sí misma, más desconfiada, más autoritaria, en la que la sospecha y la delación sean elementos inherentes a la misma? ¿Se podrá hablar en el futuro del modelo de la COVID-19 o se considerará una variante actualizada del modelo de la peste, al que se incorporan elementos tecnológicos como la geolocalización? Son preguntas inevitables que nos obligan a reflexionar (desde la historia y desde el presente) sobre la cara B de las epidemias/pandemias, pero sin confundir las medidas de salud pública con una perversa resignificación de las mismas.

Estos días estamos leyendo y escuchando algunos comentarios «optimistas» que apuntan a que cuando superemos lo peor de la epidemia, será necesario un gran esfuerzo de reconstrucción nacional y que, en este contexto, resultará inevitable la existencia de Estados protectores fuertes que garanticen políticas sociales y de empleo. Esperemos que así sea, pero la situación será muy incierta porque no sabemos, aunque cabe imaginarlo, cómo se comportarán las instancias supranacionales como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial, y en general el gran capital. Tampoco sabemos si las medidas de control de la pobla-

ción, exigidas y lógicas en una situación de catástrofe, inspirarán en el futuro tentaciones autoritarias en una Europa en la que, sin contar con el resurgir de un agresivo (neo) fascismo, aspirará a la «seguridad» y a la tranquilidad social.

© Rafael Huertas

*Profesor de Investigación en el Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).*

## Sobre las ciencias y la COVID-19

Enrique Perdiguero-Gil

*Universidad Miguel Hernández de Elche. Instituto Interuniversitario López Piñero*



A menudo, los medios de comunicación prestan atención mediante noticias, reportajes, comentarios, columnas, etc., a temas científicos relacionados con la Física, la Genética, la Paleoantropología... y por supuesto la salud y la enfermedad, en especial el cáncer, la nutrición, las enfermedades infecciosas, las pseudoterapias, etc. La COVID-19, como otras crisis sanitarias, pero en mayor dimensión, ha supuesto que lo científico sea tema predominante en los medios. En la zozobra en que vivimos, tratamos de buscar en la ciencia certidumbre y guía, algo que por lo inmediato de la situación no puede proporcionar, al menos en la medida que se le exige. Los políticos se rodean de comités asesores de científicos tratando de establecer una suerte de balance entre lo que les aconsejan y otras cuestiones que han de calibrar, en especial, las repercusiones económicas. El problema es que la ciencia no tiene un único criterio. Los científicos parten de lógicas diferentes según sus campos de conocimiento; de ahí que sea mejor hablar de ciencias que de ciencia. Así, epidemiólogos, microbiólogos, farmacólogos, matemáticos, psicólogos, sociólogos... llegan a conclusiones diversas y no necesariamente complementarias. Hay discrepancias, incluso dentro de cada campo, lo que genera cierta perplejidad entre la población. Las redes sociales muestran, con vehemencia, apoyos y desacuerdos con las diferentes posturas. Las ciencias no ofrecen, no pueden ofrecer, las certidumbres buscadas, por mucho que algunos responsables políticos aseguren que toman medidas siguiendo criterios «totalmente» científicos.

En este contexto, puede ser útil hacer alguna reflexión acerca de lo que los estudios históricos y sociales sobre las ciencias pueden aportar. La aparición de los expertos, las controversias entre ellos, la comunicación, o no, de sus hallazgos a la población, el modo en el que se produce tal comuni-

cación, las imágenes que se utilizan para hacerlo, y otros variados asuntos, son temas de investigación habituales que pueden ayudar a comprender el momento actual. Comentemos algunos.

Existe una larga tradición de estudios sobre el papel de los expertos (y su relación con los profanos), la presencia de las ciencias en la esfera pública y su influencia en la toma de decisiones políticas<sup>1</sup>. El proceso histórico por el que un grupo de científicos se ha ido definiendo como experto en una determinada área de conocimiento se ha ido desarrollando a través del establecimiento de hegemonías, en disputa con otros científicos. Se trata de un devenir en el que el desarrollo de un determinado saber es solo uno de los elementos en liza. La capacidad de los expertos en mostrar su habilidad para solventar determinados problemas, la posibilidad de mostrar que sus saberes y prácticas son superiores a otros, es un proceso constante y dinámico por el que las ciencias se van configurando y reconfigurando. Los científicos también buscan, a la hora de legitimar su *expertise*, capacidad de influencia política, prestigio, financiación, la posibilidad de promoción profesional, etc. La aplicación del método científico para explicar datos empíricos, solo es un ingrediente de su aparición en escena. Por otro lado, es problemático hablar del método científico como algo unitario y ahistórico. Toda actividad que se llame a sí misma ciencia tiene unas determinadas coordenadas históricas que nos advierten de su contingencia. Las lógicas de partida, los métodos empleados, los problemas abordados hacen del saber experto algo moldeado y moldeable según las circunstancias. La variabilidad en el modo de comprender los problemas es la norma, y la búsqueda de la hegemonía no es la excepción. Son características fundamentales de la actividad científica. No le resta valor, ayuda a comprenderla.

Tal variabilidad genera controversias<sup>2</sup>. Estas constituyen un privilegiado objeto de estudio que permite identificar los principales y variados ingredientes que participan en la resolución de un problema. Por un lado,

---

1. Collins, H. y Evans, R. (2007). *Rethinking Expertise*. Chicago: Chicago University Press. Nieto-Galán, A. (1999). *Los públicos de la ciencia: expertos y profanos a través de la historia*. Madrid: Marcial Pons.

2. Engelhardt, H.T.Jr. y Caplan, A.L. (Eds.). (1987). *Scientific Controversies. Case Studies in the Resolution and Closure of Disputes in Science and Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.

la controversia es parte sustancial del desarrollo científico, no en balde el conocimiento producido es, por definición, provisional, sujeto a constante revisión, falsable, diría Popper<sup>3</sup>. Discrepar es el modo habitual de proceder. Pero la controversia no queda encerrada en los escenarios en que se produce conocimiento. Mostrar que una manera de ver y solventar un problema es mejor que otra, en un contexto socioeconómico determinado, está en la base del desarrollo de la ciencia. En el modo de zanjar las disputas no solo influye el discurrir científico. Por tanto, las respuestas de ayer no sirven para hoy, y las actuales no servirán para mañana. Organizar y reorganizar los planteamientos que abordan la realidad, natural y social –podríamos decir, simplificando–, es habitual. La predominancia de unos modos de ver y entender, se construyen y reconstruyen a lo largo de los años.

Se pueden aducir muchos ejemplos. Me ocupo de dos que, aun tangencialmente, tienen que ver con la situación actual. En el estudio de la transición demográfica –el paso de un régimen de alta natalidad y mortalidad a otro con bajas tasas en ambos casos–, y en las sucesivas dinámicas transicionales (epidemiológica y sanitaria, alimentaria y nutricional, de riesgos ambientales)<sup>4</sup>, demógrafos, historiadores económicos, historiadores de la educación e historiadores de la medicina han privilegiado, sin excluirse, diferentes modos de explicar sus causas, desde el aumento de los niveles de vida hasta la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias<sup>5</sup>. Este debate histórico es crucial, porque a la luz del pasado, con toda la prudencia que exigen las comparaciones, podemos dirimir los componentes que pueden resultar más relevantes para mejorar el presente y orientar el futuro: económicos, sanitarios, educativos, etc. Otro ejemplo: la epidemiología centrada en los factores de riesgo fue cri-

---

3. Popper, K. (1967) [1962]. *Conjeturas y refutaciones: el desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Paidós.

4. Bernabeu-Mestre, J. (2015). Procesos transicionales y dinámicas de salud en la España de la segunda mitad del siglo XX. En E. Perdiguero-Gil (Ed.), *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche, Alicante: Ediciones de la Universidad Miguel Hernández de Elche [epub].

5. Perez Moreda, V., Reher, D.-S. y Sanz Gimeno, A. (2015). *La conquista de la salud*. Madrid: Marcial Pons.

ticada<sup>6</sup> por reducir la asociación entre posibles causas y enfermedades a una especie de caja negra que minimiza la importancia de los factores sociales. En las últimas décadas, se ha establecido la controversia, aun con puntos de acercamiento, entre quienes se centran en el estudio de los estilos de vida y los factores de riesgo, y quienes inciden en lo insoslayable de los determinantes sociales que acotan las conductas de la población. Las políticas sanitarias resultantes pueden ser muy diferentes, pues oscilarían entre el énfasis en la responsabilidad individual o la priorización en la iniciativa pública, la redistribución de la riqueza y la lucha contra las desigualdades.

En la situación actual, se hace preciso comentar la repetida referencia a la «evidencia científica» y aclarar su alcance. Si nos centramos en el campo de la salud, la Medicina Basada en la Evidencia surgió a finales del siglo pasado de la mano de un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos canadienses de la Universidad de McMaster<sup>7</sup>. Su objetivo es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre los cuidados de pacientes individuales. Para conseguirlo se establecieron una serie de «criterios de evidencia» que permiten discernir aquellos estudios que, desde el punto de vista del diseño metodológico, son más robustos en el contexto de una producción médica gigantesca, generada más por la necesidad de publicar para asentarse como científico («publica o perece»), que por la bondad de lo que se publica. Se trató (se trata) de una propuesta notable, aunque no tan novedosa como se pretende<sup>8</sup>, pero

---

6. Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*, 37(7), 887-903. Susser, M. y Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I. eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86, 668-673. Susser M. y Susser E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. from black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86, 674-677. Menéndez, E.L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 46, 37-67.

7. Sackett, D.L., Rosenberg, W. M., Gray J. A., Haynes, R. B. y Richardson W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

8. Arrizabalaga, J. (2004). "Medicina basada en la evidencia" ¿cambio de paradigma nuevo etiquetado? En: J. Martínez Pérez, M.I. Porras Gallo, Samblás Tilve, P., del Cura González, M. (Eds.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica* (pp., 743-755). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Chamorro, Á., Alonso, P., Arrizabalaga, J., Carné, X. y Camps, V. (2001). Luces y sombras de la medicina basada en la evidencia: el ejemplo del accidente vascular cerebral. *Medicina Clínica*, 116(9), 343-349.

con el tiempo ha recibido críticas y se plantea reorientarla<sup>9</sup>. El problema es que los exigentes criterios metodológicos no permiten que haya estudios para los múltiples problemas médicos, por razones de diversa índole que no puedo desgranar aquí. Además, puede dejar de lado el componente de experiencia preciso para la atención sanitaria. No es posible, por tanto, contar con «evidencias» en muchos casos. Y hacer estudios que las generen es un proceso laborioso y que requiere su tiempo. Por ello, el uso de la expresión «evidencia científica» está muchas veces vacío de contenido, esclerotizado, por mucho que se asegure que toda actividad sanitaria está respaldada por ella. Tener pruebas científicas, con determinados criterios metodológicos, no siempre es posible. Hay que asumir que es un camino que hay que recorrer, pero en el ínterin hay enfermos que diagnosticar y tratar.

En la situación actual, tan dinámica, tan cambiante, no debe extrañarnos que las ciencias se comporten como es habitual: con disputas entre expertos, con controversias, con luchas por la hegemonía, con intentos de primar unos modos de entender frente a otros. Pero, además, este proceso se produce en un corto espacio de tiempo, en el fragor de una pandemia inusitada (aunque prevista), con la necesidad de tomar decisiones inmediatas, con unas estadísticas que apremian. Buscamos certidumbre donde no la hay. Los científicos más juiciosos insisten, constantemente, en lo poco que sabemos todavía de la COVID-19, y en que las actuaciones, imprescindibles, deben apoyarse en algunas certidumbres y muchas ignorancias. Es lo que pueden ofrecer las ciencias.

Otros muchos aspectos quedan por considerar: la relación entre la política y la ciencia, la generación de ignorancia, la representación gráfica de la pandemia, los avatares de la comunicación científica... La brevedad de este escrito no permite abordarlos.

◉ *Enrique Perdiguero-Gil*

*Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández de Elche.*

*Investigador del Instituto Interuniversitario López Piñero*

*(Universidad Miguel Hernández de Elche).*

---

9. Greenhalgh, T., Howick, J. y Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. Sackett, D.L., Richardson, W., Rosenberg, W. y Haynes, R.B. (1997). *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

## Temporalidades del laboratorio y la clínica

María Jesús Santesmases

*Instituto de Filosofía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)*



**E**l esfuerzo de escribir no suele notarse, las líneas leídas seguidas no transmiten la temporalidad de la escritura, sino que usan la de la lectura, un ritmo diferente, otra tensión. Igual ocurre a quienes permanecen en las mesas de los laboratorios con sus investigaciones, sus logros se retrasan y su aplicación es breve. Las esperadas vacunas llevan más de un siglo consumidas en un momento, como la historia de las vacunaciones enseña, en esos pocos segundos que dura una inyección subcutánea, intramuscular o la ingestión de unas gotas. Pero para producirlas hay primero que conocer qué conviene que contengan para después preparar la mezcla adecuada. El sistema, con todos los automatismos de los que se ha dotado la biología molecular, necesita unos tiempos más largos que aquellos cortos en los que se propaga veloz la enfermedad.

La aparente simpleza de la extracción de las muestras cuenta con su propia historia. Las muestras para los experimentos de laboratorio han procedido de mataderos, de cadáveres, de esputos y excreciones de cuerpos humanos y de otros animales, de embriones y fetos en abortos espontáneos o provocados, de la extracción de médula ósea. Las muestras procedentes de naturalezas muertas se obtenían sin dolor del cuerpo del que procedían, aunque en siglos anteriores las lecciones de anatomía y la disección de cadáveres de la que tanto aprendía la gente en los teatros propios de tales prácticas no las aguantaba cualquiera: entre la observación del cuerpo anónimo y la de los órganos de un ser querido se extendía una gama amplia de la práctica emocional de la patología.

Además del dolor de la punción, o del corte quirúrgico, la extensión de la extracción de la sangre desde la segunda década del siglo XX, de los análisis de orina, muestras de saliva, raspado del paladar, entre otros, han proporcionado mucho saber. La calidad de las lentes de los microscopios y la cu-

riosidad por lo que la lente de aumento podía ofrecer, intercambian significados y protagonismo en los orígenes de los estudios sobre entes patógenos. La observación de las bacterias está en los orígenes de la microscopía. Pero los virus no aparecían en el microscopio óptico, y se colaban, literalmente, por los métodos de separación habituales –filtrados de tipos diversos– de la vida de laboratorio.

La vida social del virus de la polio, por su parte, movilizó poblaciones enteras para las pruebas de la vacuna de Salk. Las niñas y los niños que en Nueva York se ofrecían en cola acompañados de sus madres recibían una chapa de reconocimiento: esa fue la manera de luchar contra el terror a contraer una enfermedad que mantenía al propio presidente de los Estados Unidos en una silla de ruedas<sup>1</sup>. En Europa las vacunas empezaron fabricándose en laboratorios públicos. Solo después se produjeron, como otros medicamentos, en fábricas grandes donde se acumulaban la manufactura, la fuerza de trabajo de mujeres y de hombres, y los beneficios económicos que están en el origen de algunas de las grandes fortunas acumuladas por la industria farmacéutica multinacional de hoy.

La toma de muestras es una de las prácticas pioneras, de las más antiguas, de la invención tanto del orden patológico –la clasificación y sus consecuencias<sup>2</sup>– como de su autoridad –de la parasitología y luego de la microbiología–. El tamaño de los virus ha condicionado su estudio. Uno de los primeros en considerarse aislado fue el virus del mosaico del tabaco. Wendell Stanley cristalizó uno en la década de 1930, cristal que resultó compuesto solo por la proteína que encapsulaba el ácido nucleico al que se hizo responsable de la infección que sufrían las hojas de la planta del tabaco<sup>3</sup>. Esa ciencia de los virus, sin embargo, era anterior al cristal aquel de Stanley. Las epidemias, que resultaron producidas por entes invisibles al microscopio óptico, están en los orígenes de las prácticas de higiene, de las políticas locales e internacionales de vacunación, raíces todas ellas de las políticas

---

1. Smith, J.S. (1990). *Patenting the sun: Polio and the Salk vaccine*. Nueva York: William Morrow.

2. Bowker, G.C. y Leigh Star, S. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.

3. Creager, A.N.H. (2002). *The life of a virus: Tobacco mosaic virus as an experimental model, 1930-1965*. Chicago: University of Chicago Press.

internacionales de salud, de la Organización Panamericana primero y poco después de la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>. Hicieron falta dos guerras mundiales y una pandemia con millones de personas fallecidas en todo el mundo para hacer posible la creación de la OMS, la producción de vacunas, y después las investigaciones sobre virus. Mientras la pandemia de la gripe llamada española, sobre la que tanto ha investigado y escrito Maribel Porrás Gallo<sup>5</sup>, se extendía.

A partir de un determinado momento la infección era detectable –los síntomas– y en las familias todos enfermaban. Mujeres y hombres con estudios y experiencia clínica comenzaron a atender en los enfermos en grandes edificios donde la infección se acumulaba y propagaba, lo que impedía la curación. La limpieza mantenía a raya a ese microbio de forma desconocida, pero no era suficiente. El confinamiento –cada cual en su casa, sea lo que sea tal cosa– es bien conocido y la historia de la cuarentena como práctica sanitaria y de salud contra las epidemias es muy antigua, ya se ha repetido. Como antiguas son las infecciones.

El tiempo del experimento es más lento que el de la infección, y ha infectado muchas veces a quien ha tenido experiencia con ello. Por eso, el laboratorio dista de la clínica en tiempo y en método, en resultados y en pericias. Lejanos estaban, pese a que el laboratorio de análisis se incluyó en la clínica, o al menos las muestras se extraían allí, para entrar después en los analizadores automáticos actuales y, si es necesario, se prosigue con procedimientos más específicos, muchas veces de manejo manual. Multiplicar las cantidades de ácido nucleico, también de virus, presentes en las muestras para su estudio detallado fue el logro de la invención de Kary Mullis de la PCR<sup>6</sup>; otros métodos se han usado desde entonces, uno de ellos inventado por Margarita Salas, Antonio Bernad y Luis Blanco en el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa. Las cantidades diminutas de ADN o ARN que se

---

4. Cueto, M., Brown, T.M. y Fee, E. (2019). *The World Health Organization. A history*. Cambridge: Cambridge University Press.

5. Porrás Gallo, M.I. (1997). *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de la gripe de 1918-1919*. Madrid: Universidad Complutense.

6. Rabinow, P. (1996). *Making PCR: A story of biotechnology*. Chicago: University of Chicago Press.

encuentran en las muestras no permiten su estudio y solo la ampliación de la muestra con una reacción en cadena –la PCR– multiplica la cantidad de ácido nucleico para hacer posible su identificación y su estudio.

Entre el confinamiento, el laboratorio y las organizaciones internacionales se desarrollan las historias de los virus, infecciones y pandemias. El devenir de cada una de esas agencias no es separable de las otras y solo se comprende como parte del conjunto que entre ellas componen. Entre el experimento y la cama hospitalaria, sufren la enfermedad los cuerpos y la conciencia de estos en compañía permanente de diagnósticos, tratamientos sin medicamentos indiscutibles, muchas veces la cura, la experiencia de la recuperación pese a la incertidumbre, y otras, el dolor de la pérdida.

© *María Jesús Santesmases*

*Profesora de Investigación en el Instituto de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).*

# ¿La bolsa o la vida? Doce enseñanzas de urgencia sobre la pandemia

Francisco Garrido Peña

*Universidad de Jaén*



La vida humana es sagrada. A ese acuerdo hemos llegado desde muchos lugares culturales en la declaración universal de los derechos humanos. ¿Qué significa que la vida humana es sagrada? Que no es negociable, ni intercambiable, ni disponible sino por el propio sujeto. La vida humana no es una cosa entre las cosas. No es una mercancía. Esta sacralidad inmanente que inaugura la ilustración ya no está basada en ilusiones transcendentales sino en la fuerza constitutiva de la comunidad humana; es una ficción útil al modo de las *fictiones iuris* en el derecho o los enunciados contrafácticos en ciencia. La teoría moderna del «contrato social» como origen histórico del Estado es otra ficción útil que nos sirve para residenciar la legitimidad del poder político en la comunidad de los individuos libres. ¡Ojo! Una ficción no es una falsedad, sino una invención consensuada. El logaritmo de 2 no es una falsedad, pero tampoco es un hecho objetivo; es una ficción instrumental, como toda la matemática. Necesitamos las ficciones para entender y organizar el mundo. Somos animales simbólicos que construimos ficciones para representar a la realidad.

La ficción de la sacralidad de la vida humana choca continuamente con la ontología mercantilista de la economía neoliberal, donde todo puede y debe tener un valor de mercado. No hay más que mirar los intentos econométricos de valorar la vida humana en el mercado de seguros o sanitarios. Incluso existen modelos teóricos como el llamado «valor de una vida estadística» (VVE) que permiten calcular el beneficio de evitar una muerte<sup>1</sup>. Ciertamente es que esta valorización se hace sobre costes hundidos o costes

---

1. Martínez Pérez, J.E., Abellán Perpiñan, J.M. y Pinto Prades, J.L. (2007). El valor monetario de la vida estadística en España a través de las preferencias declaradas. *Hacienda Pública Española. Revista de Economía Pública*, 183, 125-144.

de oportunidad; o bien sobre daños ya irreversibles (muerte, amputación) o daños evitables (mortalidad eludida). Pero esto no puede ocultarnos la pulsión, más o menos inconfesable, que late tras la economía mercantil, de monetarizar la vida humana. La escuela del análisis económico del derecho, por ejemplo, ha cuantificado y cualificado los delitos y sus costes en términos económicos. Pero ninguna de estas aproximaciones teóricas ha llegado tan lejos como para valorar explícitamente la vida humana como un bien de mercado, aunque no hayan faltado sospechosas iniciativas como las de crear mercados de órganos o las biopatentes sobre células y tejidos de origen humano.

Estos atisbos teóricos de mercantilizar la vida se tornan realidades escandalosas cuando analizamos las prácticas económicas del «capitalismo realmente existente». El desprecio absoluto hacia la pobreza, el hambre o la privatización de la salud y los servicios públicos básicos muestran que la vida humana no es precisamente sagrada para el capital. Está claro que hemos pasado de una economía de mercado a una sociedad de mercado, en expresión feliz del filósofo Michael Sandel<sup>2</sup>; donde «ser» es ser el valor de una variable monetaria. Cualquier idea de felicidad hoy, escribió Zygmunt Bauman<sup>3</sup>, termina en una tienda. La vida en general y el neoliberalismo están en una guerra tan camuflada como paradójicamente estruendosa, como pone de manifiesto dramáticamente la crisis climática.

Y en eso llegó la COVID-19 y mandó parar... La crisis sanitaria ha desvelado que la oposición no es entre el clima y la economía o entre la biodiversidad y el crecimiento; el dilema es entre la bolsa y la vida, nuestra vida humana, nuestra salud. Se tendrá que elegir entre la salud humana y la incesante circulación de mercancías y capital. Como ha dicho el sociólogo alemán Hartmut Rosa, de buenas a primeras ha emergido lo indisponible, la vida<sup>4</sup>. Y la humanidad ha decidido parar. Incluso en aquellos Estados gobernados por los más ultraliberales, las gentes y las autoridades locales y re-

---

2. Sandel, M. (2013). *Lo que el dinero no puede comprar. Los límites morales del mercado*. Barcelona: Debate.

3. Bauman, Z. (2007). *Vida de Consumo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

4. Rosa, H. (8 de abril de 2020). [⊙ \*Le miracle et le monstre: un regard sociologique sur le Coronavirus\*. AOC.](#)

gionales, más pegadas al suelo, han decidido autónomamente parar. Ahora no habrá que elegir entre las ballenas y los automóviles, o entre los bosques y las hamburguesas, no; ahora es nuestra propia salud lo que está en juego. Nuestro egoísmo de especie nos ha conducido a no ver que cuando nuestro ambiente natural se deterioraba, nosotros nos deteriorábamos también.

Un metaanálisis publicado en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS) por un equipo internacional de investigadores estima que entre 7 y 8 millones pueden morir al año por causas asociadas y agravadas por la contaminación atmosférica<sup>5</sup>. Otro reciente estudio, del 6 de abril de este año, de la universidad de Harvard sobre la relación entre mortalidad por COVID-19 y polución en Estados Unidos, concluye:

Un pequeño aumento en la exposición a largo plazo a la materia particulada (PM por sus siglas en inglés) 2.5 conduce a un gran aumento en la tasa de mortalidad de COVID-19, con una magnitud de aumento 20 veces mayor que la observada para PM 2.5 y mortalidad por todas las causas. Los resultados del estudio subrayan la importancia de seguir haciendo cumplir las regulaciones existentes de contaminación del aire para proteger la salud humana durante y después de la crisis COVID-19<sup>6</sup>.

Lo que mata a las ballenas, nos mata a nosotros también. La causa de la destrucción de los bosques nos destruye a nosotros también. Este modelo de economía insostenible es un peligro para la supervivencia de nuestra especie y de miles de seres vivos. La bolsa o la vida, este es el dilema. Tú, nosotros y nosotras, decidimos.

---

5. Burnett, R., Chen, H., Szyszkowicz, M., Fann, N., et al. (2018). [Global estimates of mortality associated with long-term exposure to outdoor fine particulate matter](#). *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(38), 9592-9597.

6. Wu, X. Nethery, R.C, Sabath, M.B., Braun, D., et al. (2020). [Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study \(Updated April 5, 2020\)](#). *COVID-19 PM2.5. A national study on long-term exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States*.

Decidimos, pero no debemos olvidar las lecciones de urgencia de estos días para decidir entre las mejores opciones disponibles. Algunos hechos están claros y debemos de incluirlos en el banco de datos que la memoria colectiva tendrá que almacenar para cuando haya pasado la pandemia.

1. Los recortes y privatizaciones en los servicios públicos de salud e investigación han deteriorado gravemente nuestra capacidad de respuesta ante la pandemia.

2. El paro, la precariedad laboral y los índices de pobreza hacen imprescindible e inmediata la aprobación de una renta básica de emergencia, se la llame como se la llame (esto lo ve hasta Luis de Guindos)<sup>7</sup>.

3. La estrategia coreana de abordaje de la pandemia es tecnológicamente inviable ahora en España. Si lo hacemos bien podrá ser viable en un inmediato futuro y ante otras emergencias sanitarias.

4. La estrategia de supresión de China es la única viable en estos momentos para España, pero de forma mucho más atenuada por razones demográficas obvias, dada la asimetría demográfica de la pandemia (en China, una sola provincia; aquí, todo el territorio).

5. España es el primer Estado de la OCDE, no ya de la UE, en tomar las decisiones más duras para abordar la estrategia de supresión de la pandemia.

6. Nuestra red digital está soportando razonablemente bien toda la avalancha de tráfico que esta emergencia sanitaria ha causado.

7. La alarma sanitaria con la pandemia de gripe A en el año 2009 estuvo más que justificada. Los discursos conspiranoicos que vieron «manos negras» (la industria farmacéutica) en la declaración de la pandemia por parte de la OMS, han hecho mucho daño y han servido esta vez para relajar las condiciones de prevención y supresión<sup>8</sup>.

8. La enloquecida globalización del transporte de personas y mercancías ha brindado una auténtica autopista de expansión al virus<sup>9</sup>.

---

7. © [Luis de Guindos, a favor de una «renta mínima de emergencia» para evitar una crisis social por la pandemia](#). (23 de marzo de 2020). *Infolibre*.

8. Garrido Peña, F., López Fernández, L.A. y Gil García, M.E. (2009). © [La gripe A desde la teoría de la elección racional: propuestas para la toma de decisiones de políticas preventivas](#). *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 785-790.

9. Banco Mundial. (2020). © [Transporte aéreo, pasajeros transportados](#).

9. La ganadería y la agricultura intensiva y agro-tóxica han sido el ambiente ideal para la expansión de este tipo de virus, tal como ocurrió en 2003, 2009 o en la actualidad.

10. El régimen agroalimentario global es extremadamente vulnerable, amén de muy injusto y ecológicamente insostenible, y ante cualquier turbulencia amenaza la seguridad y soberanía alimentaria de la ciudadanía.

11. Las bolsas de mercados de capitales son las brújulas locas del sistema económico mundial. La reacción egoísta y caótica ante la pandemia ha evidenciado lo peligroso que resulta que este tipo de instituciones estén en el cuadro de mando de la economía mundial.

12. La complejidad inherente a la globalización digital e informativa, requiere de un manejo de instituciones públicas globales como ONU, OMS, FAO o UNICEF, que han sido gravemente deterioradas por el unilateralismo neoliberal y que habrá que reconstruir en un futuro muy inmediato. Si queremos evitar que la complejidad derive en una dinámica caótica necesitamos una nueva gobernanza global.

© *Francisco Garrido Peña*

*Profesor Titular de Filosofía Moral de la Universidad de Jaén.*

# Cuatro notas sobre la pandemia

Josep L. Barona

*Universidad de Valencia. Instituto Interuniversitario López Piñero*



**E**n 2003, la guerra del Golfo fue transmitida por primera vez en directo. Hoy, la de COVID-19 es la primera pandemia en directo, día a día, caso por caso, contagio a contagio, muerto a muerto. Tres meses de retransmisión documental y de confinamiento en estado de alarma han mostrado el drama humano y la dimensión mundial de la enfermedad, las contradicciones, el desastre económico y la falta de experiencia previa en una catástrofe sanitaria de estas dimensiones. Tres meses que han puesto en primera plana la salud pública, la importancia del sistema sanitario y la desmesura de una pandemia vírica inesperada. Hemos visto desfilar ante los medios a nuevos «expertos», virólogos, epidemiólogos, periodistas, opinadores, historiadores que han comparado la pandemia con otras del pasado. A finales de mayo, el relato sobre la pandemia ha llegado a la saturación.

La invitación a participar en una [videoconferencia-coloquio](#) en el Instituto López Piñero con el salubrista Ildefonso Hernández y el historiador Enrique Perdiguero me convencieron de la imposibilidad de aportar, a estas alturas, alguna idea original. El resultado han sido cuatro apuntes, que espero inviten a la reflexión.

## **1. AMPLIAR LA PERSPECTIVA SOBRE EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: DEL REDUCCIONISMO VIROLÓGICO A LA CRISIS DEL ECOSISTEMA**

Los historiadores estamos familiarizados con la lógica causal del galenismo, que, basada en la lógica aristotélica, distinguía entre causa eficiente, causa material, formal y final. Ante los brotes epidémicos los galenistas distinguían una causa cósmica que alteraba el equilibrio ambiental y corrompía los humores. Seguramente no es momento de aplicar modelos galénicos, pero hay que reconocer que hemos perdido perspectiva instalándonos

en el reduccionismo de la causa eficiente o inmediata: el virus. Habría que preguntarse si el coronavirus es la causa de la enfermedad o es el efecto de un ecosistema enfermo. Cuando al deterioro medioambiental se añade la pobreza, falta de higiene, marginalidad y miseria, tenemos la tormenta perfecta para el estallido. No solo se trata de producir vacunas, sino de establecer programas de salud global contra el deterioro medioambiental, el cambio climático y la destrucción del planeta.

Toda enfermedad infecciosa significa la pérdida del equilibrio microbiano entre individuo y entorno. El *microbioma* forma parte nuestra identidad biológica individual y es parte esencial de las defensas. Por eso, toda epidemia es ruptura del equilibrio microbiano con el medio y representa una crisis ecológica a escala individual y colectiva. Cada período histórico ha tenido su verdugo epidémico, asociado a crisis eco-sistémicas: la peste negra de mitad siglo XIV en el contexto de migraciones, guerras de religión y cruzadas. También la viruela causó más de 8 millones de muertes en Mesoamérica tras la llegada de los españoles, y el *cocoliztli*, o venganza de Moctezuma (la biología molecular lo identifica con la salmonelosis) superó los 15 millones de muertos en varias oleadas epidémicas durante el siglo XVI, al tiempo que el treponema –antes benigna causa del mal de pinta o el pian–, se volvió más patógeno y la sífilis se extendió por todo el mundo.

Desde la Antigüedad hasta el presente, la mayoría de las grandes catástrofes sanitarias se han producido por el contacto entre comunidades que habían evolucionado aisladas entre sí. El colonialismo europeo expandió la viruela; el cólera y la fiebre amarilla se extendieron con el comercio colonial desde Asia y América, con gran virulencia en el siglo XIX, propiciando las primeras cuarentenas y lazaretos portuarios y fluviales. El cólera provocaba una mortalidad superior al 30%. La última gran pandemia llegó a España a principios de 1885 y afectó a unas 450.000 personas, de las que murieron un 35%. El País Valenciano fue la zona más afectada, unos 75.000 casos y 33.681 muertes, 45% de los afectados, con apreciable diferencia por sexos: dos tercios de las víctimas eran mujeres; la mayoría, 55%, jóvenes adultos entre 13 y 40 años.

El referente contemporáneo más dramático, la gripe de 1918, surgió en momentos de profunda pobreza, hambre, migraciones, guerra y destrucción, con altos índices de tifus, parasitismo y malnutrición. Su triste saldo fueron decenas de millones de muertes en todo el mundo, entorno al 2,5% de la población mundial.

La segunda gran pandemia vírica de siglo XX coincidió precisamente con el inicio de nuestra globalización: el SIDA. Después el Ébola y los coronavirus han causado brotes epidémicos graves. En 2003 explotó el SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) en China, afectando a más de 8.000 personas, con unas 800 muertes en 32 países (10% mortalidad). También la epidemia de MERS (*Middle East Respiratory Syndrom*) en 2012, causado por un coronavirus en Oriente Medio, afectando a 2.500 enfermos y 850 muertes en 27 países (35% mortalidad).

Vivimos inmersos en una crisis del ecosistema. El cambio climático conlleva el incremento de una serie de riesgos para la salud humana, que derivan del calentamiento global provocando episodios extremos de olas de calor con cambios en el régimen de precipitaciones, el nivel de los mares, episodios extremos (inundaciones, incendios...) que afectan a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, mentales e infecciosas. La conferencia de Greiswald (Alemania, 2009) sobre *Climate change and Infectious diseases* identificó una serie de enfermedades infecciosas que pueden afectar a los humanos, y que, como consecuencia del cambio climático, pueden tener una mayor incidencia en poblaciones de climas templados. Es así porque las poblaciones de los huéspedes primarios (animales que sufren una enfermedad que secundariamente puede afectar humanos) o de los vectores (animales que no sufren la enfermedad, pero la transmiten) se desplazan hacia latitudes más templadas con el incremento de temperatura pudiendo sobrevivir durante las estaciones más frías.

Por todo ello, es necesario asociar el estallido de la COVID-19 al deterioro de los ecosistemas y el cambio climático, una consecuencia perniciosa de la globalización del capitalismo depredador, que destruye el equilibrio del sistema ecológico global. La explosión demográfica, la pobreza extrema, y las hambrunas son los factores asociados. Sin embargo, ni los medios ni los expertos han planteado la necesidad de afrontar con políticas globales estos factores patógenos. El origen de la pandemia COVID-19 es un planeta en-

fermo y la prevención debe enfocarse en el contexto de políticas y acuerdos internacionales para la sostenibilidad, y la lucha contra el cambio climático y la pobreza extrema. La vacuna no será suficiente.

## **2. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS SISTEMAS DE SALUD**

Tras la experiencia vivida, parece que el elemento central para la gestión política de la pandemia es el sistema nacional de salud. Conviene, pues, recordar que los sistemas o servicios nacionales de salud son fruto de las políticas públicas del Estado de Bienestar, que se extendieron a partir el programa keynesiano tras la Segunda Guerra Mundial. Antes no puede hablarse propiamente de sistemas nacionales, ni siquiera de una administración sanitaria estatal capaz de hacer frente a la gestión coordinada de problemas sanitarios de esta dimensión. Es evidente que la globalización –en todas sus dimensiones: información, ideas, objetos, productos, personas– amplifica la escala de cualquier fenómeno. Nuestros sistemas sanitarios se configuraron como instrumentos de políticas nacionales, para hacer efectivo el derecho constitucional a la salud reconocido en la mayoría de países democráticos. La crisis de 2008 sometió a muchos países –entre ellos el nuestro– a políticas de austeridad que deterioraron el sistema sanitario público: recursos, instalaciones, plantillas. El deterioro sirvió de argumento para la privatización en beneficio de aseguradoras. El neoliberalismo mercantiliza la salud. Fue una estrategia equivocada que ha hecho más vulnerable el sistema público en situaciones de gran estrés como la actual. Además, los sistemas europeos de salud no se concibieron para hacer frente a grandes alertas sanitarias como la actual, consideradas reminiscencia del pasado, propias de países pobres y poco desarrollados. Habrá que revisar muchos planteamientos y pensar la salud como fenómeno global, reforzar la cooperación internacional y el papel de la OMS, así como reorientar el sistema haciéndolo más flexible, dinámico y adaptable a demandas cambiantes. La rigidez del modelo de especialización y del sistema MIR, y la compartimentación de la asistencia hospitalaria son un obstáculo. La pandemia ha demostrado la importancia de la atención primaria, las urgencias y las UCI, y se impone la adaptabilidad de otras especialidades a demandas urgentes.

### 3. UNA CRISIS SOCIAL Y DE VALORES

El estado de alerta ha confinado al conjunto de la población mediante la aplicación de leyes de excepción. La libertad, valor supremo de la modernidad, ha sido puesta en cuarentena en condiciones tan duras como en las epidemias de peste, en instituciones cerradas como asilos psiquiátricos o lazaretos. Hemos vivido días de cuarentena, estado de alarma con suspensión de los derechos civiles básicos. Esta vez no ha sido un acto de represión política. Ha sido en nombre de la salud, con la autoridad de los expertos, el uso estratégico del miedo al contagio y la idea de protección. La consecuencia es que se ha alterado la conducta hasta niveles antes considerados patológicos, y los gestos que ayer expresaban afecto y solidaridad –dar la mano, besar, abrazar–, hoy generan miedo, rechazo, desconfianza. La crisis sanitaria ha transformado la realidad y los valores: aceptamos con normalidad al Gran Hermano, el panóptico de los que nos rastrean el móvil para vigilar si infectamos. Hemos pasado de ser ciudadanos libres a ser portadores potenciales de infección. En consecuencia, hemos interiorizado normas de clausura y sumisión, y rituales de distanciamiento.

Hace un siglo, en torno al higienismo se articuló un amplio programa de urbanismo, vivienda, espacios públicos, higiene rural. ¿Qué modelo se creará en torno al «hombre infectante»? La amenaza de infección no nos hará avanzar en libertad y derechos. Michel Foucault realizó una crítica profunda a los preceptos del higienismo como instrumento de dominación. Él lo llamó «biopoder» y sus «biopolíticas» pusieron a la salud en el centro de la gobernanza. Pero ese contexto ideológico fundamentó el auge de la salud pública antes y después de las guerras mundiales, y acabó generando un contrato implícito entre el Estado y los ciudadanos para garantizar la salud y la protección como derecho constitucional. Ahora el neoliberalismo rompe el compromiso social del Estado con la ciudadanía y transforma al paciente en cliente, reduciendo la atención sanitaria a un contrato entre el individuo y la aseguradora.

El estado de alarma, en nombre de la salud ha generado patología social. ¿En qué términos queremos definir la salud de una sociedad? ¿Solo en términos epidemiológicos? ¿Puede ser sana una sociedad atrapada por el miedo, la violencia, la pobreza, pero con indicadores epidemiológicos aceptables? Hay que reflexionar y debatir profundamente el concepto de «salud social».

La pandemia es una «prueba de estrés» que pone patas arriba los derechos civiles y el relato neoliberal. Ha revelado que sin salud no hay economía ni estabilidad social, pero también que la pérdida de derechos y libertades genera patología social. Después de la Gran Guerra, la pandemia de gripe, el tifus, las migraciones, los millones de refugiados, el hambre, las infecciones y la miseria hicieron reaccionar a la comunidad internacional. La recién fundada Sociedad de Naciones creó un Comité de Higiene con comisiones internacionales de epidemias y creó un Servicio de Inteligencia Epidemiológica Internacional en Ginebra y Singapur. Las potencias internacionales eran conscientes de que el polinomio hambre-pobreza-infección impedía la reconstrucción y la estabilidad del orden internacional. Hoy las organizaciones internacionales son muy débiles y el liderazgo internacional de las grandes potencias no existe o simplemente está basado en la estupidez.

#### **4. COMENTARIO FINAL**

La pandemia de la COVID-19 está profundamente relacionada con el deterioro medioambiental y la crisis de los ecosistemas derivada del modelo de globalización neoliberal. Revertir ese modelo es luchar contra la causa profunda.

El sistema sanitario público español ha experimentado una prueba de estrés que debería llevar a reforzar sus puntos más débiles y su capacidad de adaptación a alertas sanitarias de esta magnitud. Eso requiere una mejor financiación pública, una apuesta por la universalidad renunciando a privatizaciones.

Resulta imprescindible la coordinación entre administraciones, instituciones sanitarias, servicios de epidemiología y salud pública, laboratorios de investigación serológica, autoridades políticas y medios de comunicación, y la deliberación ciudadana.

Hay que priorizar las políticas públicas de investigación y revisar el modelo de patentes y propiedad intelectual que generan desigualdades, lo que pasa por cambiar las reglas a la todopoderosa industria sanitaria. Por otra parte, la experiencia debería servir para educar a la ciudadanía en un uso más austero y racional de los recursos y las urgencias hospitalarias, como también para reducir el consumo desmedido de fármacos, fuente de adicciones. En definitiva: poner en valor la importancia de cuidar el bien común, el planeta y la sanidad pública.

## BIBLIOGRAFÍA

Conduto António, D., Sanseverino, I., Pozzoli, L. y Lettieri, T. (2018). JRC Technical Reports. ◉ [\*Toward Climate Change Impact: Vectors carrying viral infection: What we should know\*](#). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Bach, S. (2007). ◉ [\*Globalization and health\*](#), *Bulletin World Health Organization*, 85(11), 897.

European Academies Science Advisory Council (2010). ◉ [\*Climate change and infectious diseases in Europe\*](#). Brussels: European Academies Science Advisory Council.

Ghebreyesus, T.A. (13 de enero de 2020). ◉ [\*Urgent health challenges for the next decade\*](#). *World Health Organization*.

Guevara, S.E. (2017). ◉ [\*La construcción sociocultural del cocoliztli en la epidemia de 1545 a 1548 en la Nueva España\*](#). (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.

Pang, T. y Guindon, E. (2004). ◉ [\*Globalization and risks to health\*](#). *EMBO Reports*, 5(Suppl 1), S11-S16.

Peñuelas, J., Sardans, J., Estiarte, M., Ogaya, R. *et al.* (2013). Evidence of current impact of climate change on life: a walk from genes to the biosphere. *Global Change Biology*, 19(8), 2303-2338.

Marrasé, C., Camí, J. y Peters, F. (2019). *Canvi climàtic i salut a Catalunya. Informe de la Secció de Ciències Biològiques de l'Institut d'Estudis Catalans*. Barcelona: Insitut d'Estudis Catalans.

United Nations Environmental Programme (1999). ◉ [\*Global Environmental Outlook 2000 \(Overview\)\*](#). Nairobi: United Nations Environmental Programme.

◉ [\*Josep L. Barona\*](#)

*Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad de Valencia.  
Investigador del Instituto Interuniversitario López Piñero (Universidad de Valencia).*

## COVID-19: ¿Lecciones del pasado?

Iris Borowy

*Universidad de Shanghai*



**E**n 1981, Gabriel García Márquez publicó *Crónica de una muerte anunciada*. Es la historia de los hermanos Vicario, quienes matan a un joven acusado de desflorar a su hermana. Sin entusiasmo por su tarea, anuncian tanto su plan que pareciera que esperaran que alguien lo advirtiese y les impidiera llevarlo a cabo. El SARS-CoV-2 ciertamente no es una persona, pero es tentador encontrar paralelismos, ya que los anuncios fueron muchos. Sin pretender ser exhaustiva, recordaré la premonitoria obra de la periodista científica © [Laurie Garrett](#), *The Coming Plague*<sup>1</sup>, el plan de preparación contra futuras pandemias tipo gripe de la OMS<sup>2</sup>, formulado en 1999 y actualizado en 2005, el ejercicio celebrado en octubre de 2019 por el Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud, el Foro Económico Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates, © [Evento 201](#), un ejercicio pandémico basado en un escenario de una epidemia potencial que utilizaba un coronavirus ficticio.

¿Por qué, sin embargo, el SARS-CoV-2 ha parecido sorprender a tanta gente y gobiernos? Las autoridades chinas, después de perder semanas preciosas negando la enfermedad y reprendiendo a los médicos que la advirtieron, tomaron medidas muy contundentes y confinaron completamente la ciudad de Wuhan el 23 de enero. Durante las siguientes semanas, estas medidas contuvieron la enfermedad con efectividad y dieron a otros países la oportunidad de prepararse. Numerosos países hicieron lo que resultó ser un mal uso de ese tiempo. En el Reino Unido, Italia, España, Francia y Esta-

---

1. Garrett, L. (1994). *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

2. World Health Organization (1999). © [Influenza pandemic preparedness plan: the role of WHO and guidelines for national and regional planning](#). Geneva: WHO [WHO/CDS/CSR/EDC/99. Actualizado en WHO/ CDS/ CSR/ GIP/ 2005.5].

dos Unidos, pasaron semanas antes que los gobiernos adoptaran medidas enérgicas y que las poblaciones tomaran en serio los llamamientos al distanciamiento físico. Hubo un sentimiento generalizado de que este era un problema de otras personas en otros lugares. En retrospectiva, esta reacción parece arrogante o ingenua. Pero, irónicamente, aunque todas las voces de advertencia basaron sus consejos en precedentes históricos, también lo hicieron las personas que los ignoraron. Todas las grandes epidemias del pasado reciente respaldaron el supuesto de que la próxima epidemia seguiría siendo limitada y probablemente focalizada.

La gripe aviar, que comenzó en 1996, ha matado a millones de aves y se ha extendido a todos los continentes, pero ha causado la muerte de menos de 500 personas, casi todas ellas trabajadoras de la industria avícola. En 2002/2003, el SARS mató solo a 770 personas, a pesar de alcanzar un total de 26 países. En 2012, el MERS provocó la muerte de 850 personas y se mantuvo concentrado, en gran medida, en la península arábiga. La pandemia de Ébola de 2014 permaneció limitada a algunos países de África. La pandemia más mortal de los últimos años, la propagación de H1N1 o gripe porcina en 2009, se extendió a más de 200 países y pudo haber matado entre 150.000 y 575.000 personas, pero incluso estas cifras no estuvieron por encima de una temporada de gripe normal y en realidad fueron menores de lo que originalmente se predijo, una estimación de 0,001% a 0,007% de la población mundial<sup>3</sup>. Posteriormente, la OMS tuvo que defenderse de la [acusación](#) de que había promocionado la enfermedad ante el llamamiento de la industria farmacéutica a declarar una pandemia y pedir la adquisición masiva de vacunas<sup>4</sup>. El profesor Ulrich Keil, director del Centro Colaborador de Epidemiología de la OMS, [pidió a sus colegas](#) que aprendieran de la historia de las pandemias recientes, cuyas predicciones siempre fueron erróneas, y que se centraran en los problemas reales de hipertensión, tabaquismo y obesidad<sup>5</sup>.

---

3. [Center for Disease Control and Prevention, Pandemia H1N1 del 2009 \(virus H1N1pdm09\)](#). (11 de junio de 2019).

4. McGreevy, R. (19 de enero de 2010). [Was Swine Flu Threat Exaggerated?](#) *The Irish Times*.

5. Watson, S. (30 de enero de 2010). [WHO Scientist: Swine Flu Pandemic Was «Completely Exaggerated»](#) *Global Research*.

Era como si los hermanos Vicario hubieran advertido a todos de su plan y nadie les hubiera creído, por haber levantado falsas alarmas con demasiada frecuencia en el pasado.

En general, los países que han mostrado la reacción [◉ \*más rápida y decidida\*](#) en 2020 fueron los movilizados por el SARS en 2003: Taiwán, Hong Kong, Singapur y Corea del Sur<sup>6</sup>. Hay algunas excepciones, pero en general, la correlación se mantiene. Mientras tanto, muchos países de todo el mundo, especialmente los de Europa y América del Norte, no se habían enfrentado a una grave amenaza epidémica desde la mal llamada gripe española de 1918, e incluso dicha epidemia apenas se recordaba. Enmascarada por la Primera Guerra Mundial, estuvo prácticamente olvidada durante décadas. Cuando Alfred Crosby la estudió en 1989, era un tema marginal<sup>7</sup>. En los años siguientes, alimentado por las epidemias mencionadas, ha generado un formidable conjunto de estudios diversos<sup>8</sup>. Sin embargo, no fue suficiente para cerrar la brecha entre 1918 y 2020 y que pareciese directamente relevante.

Si bien la gripe de 1918 puede ofrecer cierto modelo de pandemia verdaderamente global con alta afectación, no ofrece lecciones para lo que puede ser el desafío más importante: cómo mantener la salud en tiempos de pandemia en combinación con una recesión económica. Esto resulta muy difícil: los efectos de las crisis económicas en la salud en sí mismos ya son contradictorios y confusos. Durante la Gran Depresión de la década de 1930, los funcionarios de salud de la Sociedad de Naciones estaban desconcertados al descubrir que, aunque el sentido común sugería que la salud de las personas debería estar disminuyendo, en realidad parecía estar mejorando<sup>9</sup>. Esta impresión ha sido corroborada desde entonces. Como Tapia Granados y Diez Roux han documentado durante varios ciclos en los Estados Unidos,

---

6 Graham-Harrison, E. (21 de marzo de 2020). [◉ \*Coronavirus: how Asian countries acted while the west dithered\*](#). *The Guardian*.

7. Crosby, A. (1989). *America's Forgotten Pandemic*. Cambridge: Cambridge University Press.

8. Phillips, H. (2014). [◉ \*The Recent Wave of 'Spanish' Flu Historiography\*](#). *Social History of Medicine*, 27(4), 789-808.

9. Borowy, I. (2008). [◉ \*Crisis as Opportunity: International Health Work during the Economic Depression\*](#). *Dynamis*, 28, 29-51.

incluida la Gran Depresión, la mortalidad disminuyó, y en consecuencia aumentó la esperanza de vida en tiempos de crisis económica, principalmente debido a caídas en la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares. Esto no significa que todo estuviera bien, como quedó demostrado por la creciente tasa de suicidios, sino que el número de personas que sobrevivieron fue mayor que las que murieron a causa de la depresión. Se han encontrado resultados similares en otras épocas, incluso en la crisis financiera de 2008-2012, en la que, contra-intuitivamente, la mortalidad disminuyó más en los países del sur de Europa, que fueron los más afectados<sup>10</sup>.

Investigadores como Tapia Granados, Diez Roux y Ruhm se han centrado en encontrar razones que expliquen el impacto negativo que tiene la expansión económica para la salud: trastornos sociales que provocan estrés, aumento de la contaminación del aire, consumo de tabaco y alcohol, reducción del sueño, aumento del estrés laboral relacionado con las horas extra y más trabajo más rápido y extenuante, más accidentes de tránsito y más lesiones laborales, disminuciones en la atención domiciliaria y, en general, en el apoyo social como resultado de un mayor empleo y de la migración relacionada con el trabajo. El impacto positivo de la contracción económica en la salud puede deberse a la ausencia de estos factores<sup>11</sup>.

Existe una amplia evidencia de que estos factores jugarán un papel en el balance general de salud de 2020. Lo más importante, obviamente, será la [significativa reducción](#) de la contaminación del aire, especialmente del NO<sub>2</sub>, en todos los países que han paralizado su actividad económica<sup>12</sup>. [Según un cálculo](#), la reducción temporal de la contaminación puede haber evitado la muerte de 4.000 niños menores de 5 años y 73.000 personas mayores de 70

---

10. Tapia Granados, J. (2014). [La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?](#) *Salud Colectiva*, 10(1), 81-91.

11. Ruhm, C. (2007). [A Healthy Economy Can Break your Heart](#). *Demography*, 44(4), 829-848. Tapia Granados, J. (2004). [Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996](#). *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1194-1202. Tapia Granados, J. y Diez Roux, A.V. (2009). [Life and death during the Great Depression](#). *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 106(41), 17290-17295.

12. Watts, J. y Kommenda, N. (23 de marzo de 2020). [Coronavirus pandemic leading to huge drop in air pollution](#). *The Guardian*.

años solo en China<sup>13</sup>. A esto hay que agregar las muertes evitadas por la reducción del tráfico. ◉ [Un estudio](#) ha indicado que la paralización de la actividad ha reducido a la mitad las colisiones y muertes en accidentes de tránsito en California<sup>14</sup>. Además, se evitarán muertes con más horas de sueño y menos infecciones, aparte del coronavirus. Por otro lado, las lesiones y muertes aumentan debido a un ◉ [aumento de la violencia doméstica](#) donde ha habido interrupción de la actividad laboral<sup>15</sup>. Otras cargas pueden surgir del aumento de las enfermedades mentales y de las que responden al estrés relacionado con la situación. En general, sin embargo, es posible que muchos países no vean un pico, sino una reducción de enfermedades y muertes durante 2020.

No obstante, no es una conclusión inevitable. Los resultados pueden ser muy diferentes cuando se ponen en peligro determinantes cruciales de la salud. Como Kunitz ha demostrado, el declive económico en Yugoslavia de fines de la década de 1970 supuso un aumento de la mortalidad en todos los grupos de edad, probablemente causado por la disminución de los ingresos reales y el aumento de los costes de las tecnologías farmacéuticas y médicas importadas<sup>16</sup>. Mientras tanto, las crisis en México y Tailandia provocaron una mayor mortalidad en los niños<sup>17</sup>. Las crisis económicas durante la década de 1990 supusieron una devastadora crisis de mortalidad entre los hombres en Rusia, pero pocos efectos sobre la salud en Cuba<sup>18</sup>. Todos estos ejemplos demuestran la importancia de salvaguardar los determinantes básicos de la salud, incluida la nutrición, los servicios sociales y el acceso a la

---

13. McMahon, J. (16 de marzo de 2020). ◉ [Study: Coronavirus Lockdown Likely Saved 77,000 Lives in China Just by Reducing Pollution](#). *Forbes*.

14. Kelley, A. (1 de abril de 2020). ◉ [New study finds coronavirus lockdowns dramatically cut traffic accidents and fatalities](#). *The Hill*.

15. Taub, A. (14 de abril de 2020). ◉ [A New COVID-19 Crisis: Domestic Abuse Rises Worldwide](#). *The New York Times*.

16. Kunitz, S. (2004). ◉ [The Making and Breaking of Yugoslavia and its Impact on Health](#). *American Journal of Public Health*, 94(11), 1894-1904.

17. Cutler, D., Knaul, F., Lozano, R. y Zurita, B. (2002). ◉ [Financial crisis, health outcomes and ageing: Mexico in the 1980s and 1990s](#). *Journal of Public Economics*, 83, 279-303.

18. Borowy, I. (2011). ◉ [Similar but Different: Health and Economic Crisis in 1990s Cuba and Russia](#). *Social Science and Medicine*, 72(9), 1489-1498.

atención médica. En términos más generales, los países tendieron a mejorar cuando priorizaron la salud pública en sus decisiones políticas, aseguraron un amplio acceso a alimentos, educación y atención médica, y supervisaron una distribución razonablemente uniforme de los beneficios y las cargas de la economía. Estos factores reflejan, principalmente, estrategias a largo plazo: la buena alimentación, el acceso a la atención médica, la educación y una sociedad bastante igualitaria siempre son beneficiosos para la salud y se protegen mejor a través de estructuras socioeconómicas a largo plazo.

En 1933, la Sociedad de Naciones y la Organización Internacional del Trabajo constituyeron un grupo conjunto de expertos a fin de estudiar formas de salvaguardar la salud en tiempos de depresión. Sus miembros pronto se dieron cuenta de que, si tomaban en serio su responsabilidad, debían discutir cuestiones de principio en lugar de fórmulas de gestión. Después de algunas dudas, siguieron el liderazgo de su presidente, Georges Cahen-Salvador, Secretario General del *Conseil National Économique* en Francia, quien argumentó que a veces las crisis obligaban a los gobiernos y a la población a ser más receptivos a las nuevas ideas que en tiempos normales, lo que las convertía en motor del progreso humano. Después de cuatro meses, el grupo recomendó que todos los países establecieran un seguro de salud obligatorio, enfatizaran la prevención en lugar del tratamiento, organizaran la integración horizontal y vertical de las instituciones relacionadas con la salud y creasen comités nacionales de planificación para revisar y reorganizar los servicios de salud de la nación. Estas recomendaciones se olvidaron pronto, pero las discusiones dejaron poso. Estas ideas resonaron tanto a nivel nacional como internacional y hubo ecos de las mismas en la creación de servicios nacionales de salud en países como Gran Bretaña o Alemania Oriental, así como en debates sobre la dimensión social de la salud en Ginebra o Alma Ata<sup>19</sup>.

Resultaría beneficioso que alguna institución tomara la iniciativa para planificar el futuro. La COVID-19 puede brindar una oportunidad para reconsiderar cómo hacer que las sociedades sean más resistentes, más fuertes y más saludables. Cómo tener estructuras que proporcionen alimentos, educación, buenas viviendas y atención médica, con menos contaminación

---

19. Borowy, I. (2008). © *Crisis as Opportunity: International Health Work during the Economic Depression*. *Dynamis*, 28, 29-51.

del aire, menos accidentes de tránsito y posiblemente menos estrés. En un momento en que la OMS enfrenta una crisis propia, ello podría ser útil para mostrar relevancia y liderazgo. Alternativamente, dicha planificación podría estar vinculada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En cualquier caso, sería bueno tomar lecciones de la historia y ver oportunidades en la crisis.

© *Iris Borowy*  
*Profesora Distinguida en la Universidad de Shanghai.*

# La pandemia y la crisis de una cultura sanitaria

Josep M. Comelles

*Universitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center*



El confinamiento por la pandemia supone un paréntesis que sirve para tomar distancia y evaluar dónde estamos en el campo de la salud. En la fase inicial de la pandemia, la primera quincena de marzo de 2020, la frase recurrente fue el «estrés» de un dispositivo que no fue pensado para responder a una demanda hospitalaria de tal envergadura. A finales de ese mes empezaban a levantarse voces sobre el significado de la Atención Primaria en la detención de la pandemia. Desde un punto de vista cultural, si la primera fase ponía de relieve los límites del modelo hospitalo-céntrico, en la segunda se puso en primer plano el significado tradicional de la Atención Primaria como respuesta a la enfermedad y su papel fundamental en la prevención y en la anticipación de los casos. La hegemonía del hospitalo-centrismo y la subalternidad de la Atención Primaria<sup>1</sup> habían dado lugar a nuevos significados culturales de la oferta asistencial tanto a escala global como local. Esta última en función de las características específicas de los dispositivos sanitarios de cada Estado.

El concepto de medicalización hace referencia sobre todo a los efectos culturales de la implantación del «modelo médico» y a los significados culturales de los dispositivos. El concepto se acuñó en Estados Unidos a partir de observaciones empíricas de sociólogos y antropólogos<sup>2</sup>. En Europa, autores como Michel Foucault<sup>3</sup> se centraron más en su papel político en el con-

---

1. Comelles, J.M. (1993). © *La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria*. *Revisiones en Salud Pública*, 3, 169-192.

2. Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health and Illness*, 39(5), 1-16.

3. Foucault, M. (1991). Historia de la medicalización. En F. Varela, Julia y F. Álvarez-Uría (Eds.), *Historia de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación* (pp. 122-152). Madrid: Ediciones La Piqueta.

texto del desarrollo del Estado liberal. No fueron sensibles, en ningún caso, los efectos en sus significados culturales que tuvieron los diferentes modelos de organización de los Estados del bienestar europeos en relación con el caso de Estados Unidos.

El «modelo médico»<sup>4</sup> incluía unos rasgos definatorios comunes, que ayudaban a explicar su hegemonía global en el debate sobre la medicalización y las razones de su impacto cultural. De esos rasgos destacaré su «biologismo», su «eficacia pragmática» y su «individualismo». Los dos primeros derivan de la capacidad diagnóstica y terapéutica que explica la hegemonía de la medicina experimental. La producción de conocimiento médico en los hospitales explica cómo, desde principios del siglo XIX, el hospital ha ido, progresivamente, situándose en la cúpula de los dispositivos de salud. No cabe duda de que la condición del hospital como anclaje de la ciencia médica se articuló con el valor cultural de la creencia en el «progreso» científico y tecnológico. La experiencia de los ciudadanos en esas instituciones y su confianza en ellas explican el actual hospitalo-centrismo. Por eso, se puede hablar de los frutos culturales de su medicalización.

En España, la evolución del dispositivo hospitalario siguió un camino más errático. En parte por la provincialización de la beneficencia en el siglo XIX<sup>5</sup>. Y por la propuesta, inviable por falta de recursos, de una red estatalizada de hospitales que plantearon los ideólogos del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)<sup>6</sup>. Este retraso explica que, el hospitalo-centrismo como hecho cultural, sea un fenómeno más reciente, puesto que, hasta hace pocas décadas, persistía en la cultura popular la asociación del hospital con la de la beneficencia para pobres<sup>7</sup>.

---

4. Menéndez, E.L. (2005). © *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. *Salud colectiva*, 1, 9-32.

5. Barceló-Prats, J., y Comelles, J.M. (2018). Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias. En M. Vilar Rodríguez y J. Pons Pons (Eds.), *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)* (pp. 83-138). Madrid: Marcial Pons.

6. Quintana, P. de la, y Espinosa Ferrándiz, J. (1944). © *Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.

7. Comelles, J.M., Alegre-Agis, E., y Barcelo Prats, J. (2017). © *Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán*. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, 10, 57-85.

Los orígenes del hospital moderno y las reformas del dispositivo sanitario que han conducido al hospitalo-centrismo actual pueden datarse a partir de la introducción de las teorías internacionales sobre la organización hospitalaria que circularon por España desde finales de los años cincuenta<sup>8</sup>. Los debates sobre la reforma sanitaria de las dos décadas siguientes se centraron en gran parte en la reforma hospitalaria<sup>9</sup>, puesto que, ya en los sesenta, hay indicios de cambios en la percepción de la población en relación al internamiento en hospitales del SOE<sup>10</sup>. Sin embargo, hasta la progresiva jerarquización de los hospitales, iniciada en los años sesenta en el Hospital General de Asturias, y su lenta difusión durante las dos décadas siguientes, el acceso a los hospitales no pudo generalizarse. Jerarquizar consistía en dotar a los hospitales de una nueva organización de su gestión económica, de su gestión clínica y de su provisión de servicios. Ello suponía contratar personal asistencial a tiempo completo, reorganizar las salas por especialidades y apostar por un tipo de tecnología nueva, desde servicios de urgencias a unidades coronarias o de cuidados intensivos<sup>11</sup>.

El esfuerzo reformador ha sido muy importante en términos de despliegue del dispositivo en el conjunto del Estado, pero el 10 de marzo de 2020 la que se había considerado «la mejor sanidad del mundo» hubo de reconocer que sus 4.400 plazas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) eran insuficientes cuando Alemania, con un 40% más de habitantes, disponía de 29.000. Tal diferencia entre ambos países responde a una evolución diferente de sus sistemas hospitalarios. La puesta en marcha del SOE en 1942-44 dio lugar a una muy lenta reforma hospitalaria, tardó casi dos décadas en empezar a implantar modelos de gestión modernos en los

---

8. Barceló-Prats, J. y Comelles, J.M. (2020). *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980)*. Barcelona: COMB.

9. Perdiguero-Gil, E., y Comelles, J.M. (2019). [© \*The Defence of Health. The debates on Health Reform in 1970s Spain\*. \*Dynamis\*, 39\(1\), 45-72.](#) Perdiguero-Gil, E., y Comelles, J.M. (2019). [© \*The Roots of the Health Reform in Spain\*](#). En L. Abreu (Ed.), *Health Care and Government Policy*. Évora: Publicações do Cidehus.

10. Comelles, J.M., Perdiguero-Gil, E., Bueno, E., y Barceló-Prats, J. (2020). Por caminos y veredas: La práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). En J. Martínez-Pérez y E. Perdiguero-Gil (Eds.), *Genealogías de la Reforma sanitaria en España* (pp. 63-124). Madrid: Los libros de la Catarata.

11. Barceló-Prats, J. y Comelles, J.M. (2020). *L'evolució del dispositiu...*

hospitales. Este cambio organizacional permitió la creación de los primeros servicios de urgencias modernos y de las primeras UCI entre 1969 y 1970 y tuvo una proyección mediática promovida por las propias instituciones<sup>12</sup>. Rápidamente la población las hizo suyas, como hiciera con la atención quirúrgica o maternal ya existente.

El discurso popular sobre un hospital «que salva vidas», explica la sobrecarga de los servicios de urgencias en las últimas décadas y la confianza en el hospital en relación con la atención primaria en casos percibidos como graves por la población. La realidad sanitaria es más matizada. Los intensivistas saben que las UCI, en condiciones normales, tienen una mortalidad alta, puesto que su objetivo es estabilizar casos críticos o muy críticos de alto riesgo. Una vez estabilizados, los pacientes se derivan para ser tratados. En ellas suele haber una elevada rotación de pacientes por lo que las 4.400 camas disponibles se ajustaban a un ritmo de demanda conocido.

La clínica de la COVID-19, en pacientes que necesitan ventilación mecánica y sedación por las complicaciones neumónicas de la enfermedad, alarga sus estancias dos o tres semanas en UCI. Limita la rotación de camas. Frente a la función estabilizadora, la UCI en la COVID-19 es una herramienta para que el paciente «resista». ¿Qué significa ahora «resistir»? Los clínicos, antes de la era antibiótica, describían el curso de la «pneumonía doble» como incierto y angustioso. La neumonía no terminaba por «lisis», como la fiebre tifoidea, sino por «crisis» brusca, o muerte o restablecimiento. Los antibióticos acabaron con esos cursos clínicos y la espera ansiosa desapareció de nuestra memoria.

La COVID-19, no puede «curarse» como las neumonías bacterianas de antaño. Se cura «sola», una vez el sistema inmunológico responde, para lo cual el paciente debe «resistir». En el siglo XIX, los clínicos y los profanos sabían que la naturaleza hacía su curso y cabía esperar la misericordia divina<sup>13</sup>. En el siglo XXI, esperar la respuesta de la naturaleza está en contradicción con el significado cultural del hospitalo-centrismo.

---

12. Comelles, J.M., Alegre-Agis, E., y Barcelo Prats, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica...

13. Comelles, J.M. (1998). © *Parole de médecin: le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine*. En F. Laplantine, J. Lévy, J.-B. Martin, y A. Nouss (Eds.), *Récit et connaissance* (pp. 299-316). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

En la UCI del servicio de quemados del Hospital La Paz en 1991-92<sup>14</sup>, observé, no sin sorpresa, un discurso sobre el «resistir» de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios. Los intensivistas les estabilizaban y sostenían para que los cirujanos plásticos injertasen piel sana en las zonas quemadas. El proceso, con ventilación asistida, podía durar meses. Pretendían dar al paciente la oportunidad de «salir adelante». Trataban de ganar tiempo para que la naturaleza –la regeneración de la piel– siguiese su curso. Me fijé entonces en médicos, enfermeras y familiares. No quise ver a celadores, auxiliares ni limpiadoras. Me interesó cómo los primeros compartían interpretaciones mágico-religiosas como el milagro asociado a la «resistencia», sin que quedase claro por qué pacientes muy críticos «salían» y otros no. Hoy «salen» pacientes de la COVID-19 y, como en los quemados, también les aplauden. Pero hay diferencias. Los médicos mantienen que la UCI, sigue siendo un espacio de estabilización. Ahora, también un arma de «resistencia» porque la estancia media con la COVID-19 puede superar las dos semanas. La «misión» singular de los médicos de 1991 ahora ya no está solo en sus manos. La misión ahora se amplía a limpiadoras, enfermeras, auxiliares y celadores a las que se aplaude desde los balcones porque se arriesgan al contagio por unas condiciones de trabajo muy duras. Ahora «resiste», en misión colectiva, el conjunto del equipo asistencial. Pero simultáneamente emerge una nueva «misión» que ya no atribuye a los clínicos, sino a los investigadores que han de crear la nueva bala mágica, o a los salubristas que nos defienden del enemigo invisible. Solo se hablaba de las UCI, hasta que a finales de marzo de 2020 se empezó a hablar del papel de la Atención Primaria de Salud (APS).

En algunas Comunidades Autónomas, la pandemia cerró consultorios y consultas cara a cara. A medida que avanza el tiempo, la APS empieza a percibirse como fundamental para la detección clínica de casos y para el establecimiento de protocolos para el seguimiento domiciliario. En semanas y con pocos recursos, ha reconfigurado su oferta y canalizado la demanda. Ha roto décadas de rutinas asistenciales. Ha cuestionado el modo como los ciudadanos nos hemos relacionado con los servicios públicos y privados

---

14. Comelles, J.M. (2002). © *Medicine, magic and religion in a hospital ward: An anthropologist as patient*. *AM Revista della Società Italiana di Antropologia*, 13-14, 259-288.

y eso supone un cambio cultural. Las consultas y el seguimiento de casos por teléfono son comunes, y se desarrollan aplicaciones informáticas para detectar casos incipientes que han tenido aceptación. En Cataluña, casi un millón de personas se han inscrito en la aplicación © [Stop covid19.cat](https://www.stopcovid19.cat). La combinación del teléfono con la visitas domiciliarias ha permitido controlar la pandemia. Pero también la APS ha tenido que asumir la supervisión sistemática de las residencias de ancianos.

Estos cambios tienen efectos de cambio cultural incipientes y en los que habrá que revisar críticamente los límites del hospitalo-centrismo, pero también del médico-centrismo en APS en favor del papel de los otros profesionales de la salud. La pandemia ha atribuido un nuevo valor y visibilidad a enfermeras y auxiliares de clínica bien formadas, así como el reconocimiento de la profesionalidad y el sentido del deber de limpiadoras, celadores y empleados de mantenimiento, entre otros. En APS el uso de herramientas telemáticas, virtuales o el simple teléfono se convierten en algo cotidiano. Pero también, hay un debate ciudadano sobre qué será atención institucional, y en qué condiciones, se va a ofrecer a las personas de edad avanzada que ya no pueden ser autónomas. Será necesario revisar las rutinas del modelo actual centrado en visitas cara a cara, el papel de la asistencia domiciliaria y la distribución de los roles profesionales entre los médicos y el resto de las profesiones sanitarias, así como el papel de la enfermería comunitaria y de salud pública en la prevención y detección de casos. También, qué papel debemos desempeñar quienes nos dedicamos a las ciencias socio-sanitarias, en un proceso de cambio cultural en el que deberemos evaluar, proponer y participar teniendo en cuenta que estamos transitando desde un modelo autorreferencial de salud individual a asumir nuestra responsabilidad en relación con la salud de los demás. El riesgo ya no es enfermar nosotros, sino evitar que enfermen quienes viven a nuestro alrededor.

© [Josep M. Comelles](#)

*Profesor emérito de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona).  
Miembro del Medical Anthropology Research Center.*

## Paciente 0. La invención del culpable

Silvia Loyola

*Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Investigaciones sobre Sociedad y Cultura*



**E**n febrero de 1991, Perú aparecía frente al mundo como el país que resucitaba una enfermedad que llevaba un siglo erradicada: el cólera. La reacción inmediata fue buscar al responsable de la osadía de poner en tensión a la humanidad, trayendo al presente una enfermedad que desafiaba a la medicina y a la ciencia en general porque ya había sido vencida en el pasado. Un barco llegado de Asia con parte de la tripulación infectada fue el chivo expiatorio que ganó todas las fichas de culpabilidad. La enfermedad era importada. No obstante, la sociedad peruana asumió rápidamente la idea de que sus condiciones de vida y sus costumbres, su cultura alimentaria, constituían un caldo de cultivo para la propagación de la epidemia<sup>1</sup>.

Esta epidemia tuvo como telón de fondo las transformaciones políticas de los Estados latinoamericanos que, uno a uno, habían ido sumándose al Consenso de Washington, llevando adelante el achicamiento del Estado. Por ende, este tipo de enfermedad y su control epidemiológico no podía recaer en ellos, siendo la OMS la encargada de marcar la línea ideológica en la que se basaría la estrategia de prevención: responsabilizar a los individuos del control epidémico.

En esa línea, quien enfermaba de cólera era culpable, no solo por haber contraído la enfermedad sino por poner en riesgo a toda la población. El contagio dependía de las medidas preventivas que básicamente se reducían a la higiene personal (lavarse las manos después de ir al baño), hervir las verduras y limpiar todo con lavandina. Si se contraía cólera, en defini-

---

1. Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

tiva, se era un cochino<sup>2</sup>. La población peruana entendió que comer pescado crudo (ceviche) era una mala costumbre al igual que la falta de higiene, por lo que la escasa mortalidad de esta epidemia –debida al uso de suero y sales– tuvo como protagonistas a las personas que decidieron no ir al hospital antes de ser considerados cochinos<sup>3</sup>.

En Argentina, la representación de que todos somos hijos y nietos de inmigrantes europeos parecía ser la mejor vacuna contra la enfermedad de la mugre y la pobreza. No teníamos costumbres «atrasadas» de pueblos originarios, a diferencia del resto de América Latina. Sin embargo, había gran cantidad de inmigrantes peruanos, bolivianos, paraguayos (sin contar a jujeños y salteños, que –aunque argentinos– se asemejan físicamente), que aparecían como una amenaza latente.

Más temprano que tarde, se comenzó a exacerbar la genuina xenofobia siempre latente socialmente, la que implicó desde el abandono del consumo de verduras –debido a que el cinturón verde de Córdoba era trabajado por migrantes bolivianos– y el pedido de fumigación de viviendas de residentes peruanos, hasta la suspensión de un estudiante de medicina de nacionalidad peruana por parte de la Universidad Nacional de Córdoba, acusándolo penalmente por poner en peligro a toda la comunidad universitaria y a la ciudadanía en general, con el agravante de ser un estudiante avanzado de la carrera de medicina<sup>4</sup>. La suspensión, que en los hechos constituyó la expulsión, porque el joven abandonó el país y nunca más regresó, se hizo con el convencimiento de que constituía una amenaza a la salud pública<sup>5</sup>.

---

2. Cochino, clara alusión a los cerdos o cochinitos

3. Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias...*, p. 191

4. El Rectorado inició sumario de investigación alegando que G. Vilca había actuado «“desaprensivamente” poniendo en riesgo cierto la salud no solo del resto de los estudiantes universitarios y el personal docente y no docente de esta casa sino de la comunidad toda, lo cual se torna especialmente agravado por provenir justamente de un alumno de los cursos superiores de la Facultad de Ciencias Médicas, que como tal no pudo desconocer las implicancias de su obrar». Resolución Nº 82 Expediente 21-92-05031- Córdoba 19 de febrero de 1992, firmada por Dr. Armando Gutiérrez, Secretario General, y Francisco Delich, Rector

5. En Loyola, S. (2007). *Estado y sociedad frente a la epidemia de cólera de 1991-1994 en Argentina* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Córdoba.

La epidemia de cólera se vivenció en Argentina –y en la provincia de Córdoba, particularmente– como si hubiese existido un brote. Desde los medios de comunicación se construyó un relato epidémico que alentaba esa percepción. Hubo sorpresa cuando el relato colérico revelaba la existencia de indígenas en el Chaco Salteño. Estos fueron puestos en la escena nacional por el presidente Menem, quien, ante la inminente posibilidad de contaminación de los Ríos Pilcomayo y Bermejo, se trasladó en helicóptero al Impenetrable Chaqueño junto a un conjunto de expertos médicos, todos vestidos como astronautas... ¿Cómo... hay indios en Argentina? Se preguntaba una ciudadanía convencida –a pesar de los rasgos de muchos– que todos eran descendientes de europeos<sup>6</sup>.

La pandemia de la COVID-19 trajo a la memoria aquella epidemia de fines de siglo XX, al presentarse con la misma lógica de control epidémico basada en la necesidad de encontrar culpables con nombre y apellido. La criminalización de los enfermos y de los sospechosos de estarlo es el resultado de las políticas preventivas basadas en el principio de responsabilizar a los individuos del control epidémico.

En ese discurso, el Estado se presenta como el controlador de las conductas individuales en tanto garante de la seguridad colectiva, castigando aquellas acciones que se consideren irresponsables, negligentes, imprudentes. Con la bandera de la seguridad se va construyendo un identikit del sujeto contagiado o sospechoso de estarlo (con síntomas) como peligroso, en tanto que desde los medios de comunicación se alienta el imaginario social sobre su peligrosidad, casi como si cada cuerpo fuese un arma biológica. «Nadie sabe en qué cuerpo acecha el virus», dijo el presidente Fernández en el discurso del 23 de mayo de 2020<sup>7</sup>.

---

6. «El presidente argentino, Carlos Menem, decretó ayer en el país el estado de emergencia, debido al brote de cólera detectado en la provincia de Salta. Seis indios -cuatro argentinos y dos bolivianos- pertenecientes a las tribus de tobas y maticos, que sobreviven a 45 grados de temperatura, promedio en la selva subtropical alrededor del río Pilcomayo –límite entre Argentina, Bolivia y Paraguay–, murieron entre el 31 de enero y el 4 de febrero como consecuencia del cólera», en Ares, C. (6 de febrero de 1992). © [Estado de Emergencia en Argentina por el cólera](#). *El País*.

7. © [Conferencia de prensa de Alberto Fernández desde Olivos](#). (23 de mayo de 2020).

La defensa de la humanidad ante la humanidad de los infectados o sospechosos de infección cobra ribetes inhumanos; de hecho, puede significar el abandono a su suerte de ciudadanos de distintos países varados en cruceros por todos los mares del mundo<sup>8</sup>. Aplausos para los trabajadores de la salud, mientras sus vecinos les dejan carteles en los ascensores pidiéndoles que solidariamente se vayan y no vuelvan<sup>9</sup>, o peor aún, les queman el auto con la advertencia «ratas infectadas váyanse»<sup>10</sup>.

Sin contar las innumerables experiencias de personas que se vieron interpeladas por el ojo del gran hermano a partir de la llegada de familiares desde el exterior, al sentirse controlados/discriminados por sus vecinos que atentos esperaban el mínimo indicio de incumplimiento de la cuarentena para denunciarlos. En la localidad bonaerense de Claromecó, los pobladores impidieron que un joven llegado desde Brasil ingresara a pasar la cuarentena en la casa de veraneo de su familia, quien tuvo que abandonar la ciudad entre insultos y bocinazos de los vecinos que debieron ser contenidos por la policía<sup>11</sup>.

Mientras el paciente o haya llegado del exterior o sea un contacto cercano de viajeros, la enfermedad se considera importada, por tanto, la peligrosidad se percibe acotada y el control se restringe al encierro, a la cuarentena obligatoria, al aislamiento, entendiendo que el peligro disminuye con el tiempo sometido. Sin embargo, cuando el contagio se vuelve autóctono, constatándose circulación comunitaria, todos se convierten en sospechosos, recreándose constantemente la percepción de una necesidad mayor de la fuerza de seguridad y su mano dura para contrarrestar el riesgo que pende sobre los pulmones de cada uno.

---

8. Safatle, P. (18 de abril de 2020). © [Varados en el océano: un crucero con más de 60 argentinos fue rechazado en Chile y deberá navegar diez días hasta Estados Unidos](#). Infobae.

9. © [Coronavirus en Argentina: «Te aplauden y después te encontrás con estos carteles», el lamento de otra médica amenazada](#). (7 de abril de 2020). Clarín.

10. © [Locura contra una médica en La Rioja: le quemaron el auto por tener coronavirus](#). (21 de abril de 2020). La Capital.

11. © [Claromecó: vecinos impidieron que un joven, que llegó de Brasil, ingrese a su casa](#) (14 de abril 2020). Infobae.

En ese contexto, la responsabilidad del contagio y la culpabilidad ya no cae solo en el posible enfermo sino en todo aquel que «sale a buscar el virus» incumpliendo con la cuarentena, como planteó el presidente Fernández en uno de sus mensajes<sup>12</sup>. La sanción queda así legitimada socialmente, lo mismo que el escrache, resultado de la exacerbación, desde los medios de comunicación, de los miedos y fobias que adquieren niveles terroríficos a medida que se prolonga el *#quédateencasa* como mecanismo de control epidemiológico. Los lazos sociales se tensionan de tal forma que cualquier vecino asume el compromiso moral y político de denunciar al 134 cualquier acto que considerase peligroso, sospechoso o negligente.

¿Qué diría Foucault en este momento? ¿Plantearía como Giorgio Agamben<sup>13</sup> que, en resguardo de la salud pública, se está permitiendo al Estado gobernar desde un estado de excepción que agudiza los procesos de condena y castigo? ¿...Que el derecho a la salud está por encima de cualquier otro derecho? ¿Tanto así, que cedemos al Estado el derecho de suspender los demás para garantizar la salud para todos? No podemos responder por Foucault, sin embargo, sus nociones de disciplinamiento para hacer dóciles los cuerpos nos debieran, al menos, encender algunas luces de alarma. «La disciplina exige a veces la clausura», dice Foucault<sup>14</sup>.

Siendo la salud y la enfermedad construcciones sociales e históricas, cada tiempo ha puesto el acento en algún aspecto de este binomio quedando sujetos los simples mortales a la hegemonía del discurso médico de turno, con el poder de condenar o aplaudir la eficiencia del autocontrol, éxito absoluto del disciplinamiento. Ahora bien, la vejez –los viejos– constituye un momento de la vida asociado al deterioro del cuerpo y por ende a la enfermedad. Toda una rama de la medicina dedicada a los gerontes, los adultos mayores, la tercera edad. Sin embargo, la esperanza de vida cada vez más larga debido al desarrollo de la misma medicina, de los discursos de vida

---

12. © *Alberto Fernández: «Hemos decidido seguir con la cuarentena hasta el 26 abril»*. (10 de abril de 2020). *Infobae*.

13. Amadeo, P. (Ed.) (2020). © *La Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

14. Foucault, M. (2010) [1975]. *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, p.164.

saludable, de bienestar general, convirtieron a los viejos en un problema no solo de salud pública, sino de gasto público. Cuerpos que fueron dóciles pero que ahora escapan del disciplinamiento social del trabajo, que viajan, que hacen deportes, que consumen bienes culturales, que son libres en términos de control de tiempo, pero sobre todo viven demasiado, ya no se puede pensar en vejez como sinónimo de enfermedad. Se piensa en la vejez en términos de vulnerabilidad diferencial<sup>15</sup>.

La COVID-19 colocó a los viejos como principal grupo de riesgo. Desde todos los gobiernos y organismos de cooperación internacional se llamó a cuidarlos, a protegerlos, pero sobre todo a encerrarlos. El extremo de esta vigilancia epidemiológica fue la obligatoriedad que el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires impuso –con el discurso del cuidado– la solicitud de un permiso para salir de sus casas a toda persona mayor de 70 años<sup>16</sup>. A pesar de estas precauciones la COVID-19 llegó a los viejos y comenzó a matarlos entrando sin protocolo directamente en los geriátricos. ¿Cómo entró en los lugares que se crean para cuidar a los ancianos? Tal vez en Europa se los tomó por sorpresa... tal vez, solo tal vez a China el virus no le dio tiempo a reacción... ¿pero en Argentina? ¿Acaso no se lleva la delantera en el aplanamiento de la curva? ¿Por qué la COVID-19 entró a los geriátricos argentinos?

...Y de nuevo la búsqueda del culpable: ¿quién fue el paciente 0? ¿Actuó con negligencia? ¿un médico? ¿un enfermero? ¿un nieto que llegó de EE. UU.? ¿los protocolos? Entonces la respuesta que se impone es la misma: ante la mínima sospecha, *#quédateencasa*. Esta guerra contra el poderoso invisible se la gana enclaustrados, y si el aislamiento enloquece –por suerte– se cuenta con el poder psiquiátrico, ahora por videollamada y con la posibili-

---

15 Tisnés, A., y Salazar-Acosta, L. M. (2016). [Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social](#). *Papeles de población*, 22(88), 209-236.

16. Corsalini, C. (16 de abril de 2020). [Para circular en CABA, los mayores de 70 necesitarán un permiso](#). *Perfil*. Rivas Molina, F. (17 de abril de 2020). [La ciudad de Buenos Aires impone a mayores de 70 años un permiso para salir de casa](#). *El País*. [Polémica por el permiso para adultos mayores en Buenos Aires](#) (20 de abril de 2020). *CNN Español*.

dad de la transferencia bancaria de los honorarios<sup>17</sup>, cuya función es la de ser un operador de la realidad, una especie de intensificador de la realidad frente a la locura<sup>18</sup>, como decía Foucault.

Pero si el poder psiquiátrico no alcanza para controlar la ansiedad, si no basta con salir a hacer las compras en los comercios de cercanía... las fuerzas de seguridad están, en cada esquina, en cada puente para hacer entrar en razón a cualquiera; si no se tiene permiso para circular la primera vez cursa la advertencia, la segunda va la multa, en el mejor de los casos, o la detención en el peor escenario. Los delitos en el contexto pandémico se encuadran en el decreto 297/2020<sup>19</sup> y se expresan como la propagación del virus, la violación del aislamiento u otras medidas dispuestas por el gobierno nacional y la desobediencia a la autoridad en las órdenes que se dicte al respecto<sup>20</sup>. En la provincia de Córdoba al 11 de mayo el número de detenidos superaba las 23.000 personas<sup>21</sup>, trepando a 27.000 una quincena después<sup>22</sup>. Por eso, mejor *#quedateencasa*.

◉ *Silvia Loyola*

*Doctoranda Integrante del Programa Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar del Centro de Investigaciones sobre Cultura y Sociedad (CONICET-Universidad Nacional de Córdoba).*

---

17. Martín, M. (29 de marzo de 2020). ◉ [Efecto cuarentena: psicólogos multiplican recursos para atender a más pacientes online](#). Perfil.

18. Foucault, M. (2012 [2003]). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, p.164.

19. ◉ [Decreto 297/2020, de 12 de marzo de 2020, para el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio](#). Boletín Oficial de la República Argentina.

20. Hernández, J.G. (5 de mayo de 2020). ◉ [Más de 20.600 detenidos en Córdoba por violar la cuarentena por el coronavirus](#). La voz del Interior.

21. ◉ [Córdoba registra más de 23.000 detenidos por infringir la cuarentena](#). (11 de mayo de 2020). La nueva Mañana.

22. ◉ [Ya hay más de 27.400 detenidos en Córdoba por violar la cuarentena](#). (25 de mayo de 2020). Via País.

# «A la buena de Dios». Comunidades indígenas en México ante la pandemia de la COVID-19

Jesús Armando Haro

*Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora, México*



El 28 de febrero de 2020, 36 días después de que China dio aviso de la nueva pandemia, caracterizada por alta contagiosidad y baja letalidad, México reportó los tres primeros casos de COVID-19. Aunque desde enero comenzaron las acciones de planeación, advertimos que la amenaza inicialmente se subestimó, con indicaciones ambiguas por parte del gobierno federal. Sin embargo, desde el 6 de marzo comenzaron las conferencias de información, donde el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell y otros funcionarios han venido presentando diariamente el avance de las notificaciones de casos, así como el plan de acción, con indicaciones precisas y respuestas a múltiples cuestionamientos sobre la gestión de la crisis, ampliamente aprovechada por la oposición para intentar debilitar al gobierno de la llamada Cuarta Transformación. A pesar de que esta administración recibió una estructura sanitaria largamente deteriorada, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido hasta ahora uno de los países dónde se ha actuado con mayor oportunidad. Así, a mediados del mismo mes, cuando se declaró la Fase 1, de casos importados, se cerraron escuelas y universidades, y servicios gubernamentales no básicos.

Aunque la pandemia generó pánico en ciertos sectores sociales, registrándose una gran demanda de papel higiénico, cubrebocas, gel antibacterial, con el encarecimiento de estos y otros productos higiénicos y alimentarios, e incluso algunos saqueos en establecimientos comerciales, se continuaron celebrando concentraciones, que fueron duramente criticadas en los medios, como el Festival Viva Latino, actos oficiales, religiosos y políticos. El 18 de marzo se registró la primera muerte, un hombre diabético de 41 años, mientras el virus se expandía por Asia, Europa y el continente ame-

ricano. El presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) descartó cerrar los aeropuertos, y una semana después, rechazó otorgar estímulos fiscales a empresarios, a quienes recomendó cesar actividades, «para evitar un cierre completo de la economía que perjudique a los pobres». Con esto, señaló la imposibilidad e inconveniencia de obligar a toda la población a guardar la cuarentena, pues el objetivo se concentraría en aplanar la curva de incidencia para evitar el colapso de los servicios de salud, mientras se habilitaban hospitales y se concertaban convenios entre instituciones públicas y privadas para la atención. Se definió una estrategia de seguimiento basada en la notificación y sitios centinelas, siendo muy cuestionada la baja aplicación de pruebas diagnósticas, prácticamente solo para personas hospitalizadas y poco accesibles fuera del sector público, donde además escasearon, al igual que equipos de protección y otros insumos.

Comenzamos entonces a enterarnos de presagios aciagos para los pueblos originarios, con grandes carencias ante la epidemia<sup>1</sup>. De medidas reactivas implementadas a veces de forma desesperada; algunas de resistencia y reclamo de autonomía, donde la afirmación étnica se asume tanto por abajo como por encima del riesgo de contagio. Desde la incredulidad indiferente de quienes creen que la pandemia es un invento, o que será enfrentada con fe en Dios, hasta reacciones que hacen cundir el pánico, aunque su preocupación principal sea saber cómo van a alimentarse, pues se están acabando las reservas de las cosechas. En segundo plano, si tendrán atención médica en caso necesario, pues, como se señaló en la prensa, «los indígenas sabemos que no somos prioridad». Si acaso logran trasladarse oportunamente a donde hay servicios, pues en las comunidades no se cuenta con recursos ni personal. El racismo, además, se manifiesta de muchas formas cuando es interiorizado y no se acude al médico, pues asume formas intersticiales<sup>2</sup>. Dejados a su propio destino, «a la buena de Dios», como lo entienden, algunas comunidades están usando recursos de sus medicinas tradicionales, plantas y procedimientos,

---

1. Puede consultarse un compendio hemerográfico en Haro, J.A. (5 de junio de 2020) © *Presentación. «Sabemos que no somos prioridad» Comunidades indígenas de México ante la pandemia COVID-19. Medical Anthropology COVID-19 2020 updates.*

2. La noción procede de Eduardo Menéndez: «todo racismo es siempre sociocultural, más allá de que se exprese a través de criterios religiosos, étnicos o biológicos». Menéndez, E. L. (2001). © *Biologización y racismo en la vida cotidiana. Alteridades, 11(21), 5-39.*

curativos y preventivos<sup>3</sup>. Hay asimismo voces que reclaman una atención digna y los recursos suficientes para lograr sobrevivir a esta amenaza, que se suma al rezago y al despojo que no cesan ni aun en estos tiempos de crisis, pues continúan vigentes megaproyectos en buena parte de sus territorios, como el Tren Maya, la presa Pilares o el Corredor Transístmico y se han registrado más asesinatos de defensores de derechos humanos.

Los pueblos enfrentan la pandemia con grandes desventajas respecto al resto de los mexicanos, aun cuando viven en situaciones muy distintas; tanto entre las comunidades rurales, que han reaccionado de manera particular, como en las ciudades, allende la frontera o en los campos agrícolas, donde comparten la suerte de los jornaleros, quienes no pueden conservar la «Susana Distancia» recomendada; en situaciones como el transporte hacia los campos agrícolas. O en las líneas de producción, para quienes siguieron trabajando en minas y maquilas, pese a que el 23 de marzo se entró oficialmente en la «Fase 2», definida por transmisión local. Comenzó la restricción domiciliaria, mientras algunos gobiernos estatales y municipales decretaron medidas suplementarias: cerrar negocios no esenciales, prohibir la venta de bebidas alcohólicas, restringir el número de ocupantes en vehículos o fumigar espacios públicos. Pero a nadie se le ocurrió cerrar fronteras, aeropuertos, caminos o medios de transporte. Solo algunos pueblos, como los guarijíos y *comcáacs* (seris) de Sonora y el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en Chiapas, anunciaron tempranamente el cierre de sus comunidades.

La variedad de respuestas fue evidente desde las celebraciones de cuaresma. Algunas de ellas, con medidas de máxima precaución, como algunos grupos yaquis y mayos de Sonora y Sinaloa, quienes realizaron en privado sus ceremonias; otros de los mismos pueblos instauraron cercos sanitarios, incorporando gel, brindando información pertinente, pero, la mayoría, sin precaución alguna, a pesar de esfuerzos y advertencias para evitar aglome-

---

3. Entre estos, destacan Comunidades Mayas de Los Chenes (2020). © *Plantas medicinales del pueblo maya en tiempos de COVID-19: Cuidar el sistema respiratorio y fortalecer nuestro sistema inmunológico*. Los Chenes, Campeche: Ka' Kuxtal A.C. Fundar (2020). © *¿Qué hacer si hay un brote en nuestra comunidad?* Fundar, Serapaz. Sedano, A.C. (mayo de 2020). Medidas complementarias para apoyar el funcionamiento corporal y evitar las complicaciones por la COVID-19. *Salud de nuestros pueblos. Boletín ALAMES* 2, 15-18.

raciones<sup>4</sup>. Pasada la Semana Santa, cuando la cifra de muertos en México ascendía a 60 personas, se iniciaron protestas indígenas por la falta de apoyos, protagonizadas especialmente por artesanos, productores agrícolas y pesqueros, con problemas para vender por la cuarentena, señalando que los precios de los alimentos y otros productos básicos se habían elevado considerablemente. El gobierno federal autorizó un presupuesto especial para insumos médicos, mientras algunos municipios implementaron toque de queda o instituyeron retenes para amenazar a los conductores. El Instituto Nacional de las Lenguas Indígenas (INALI), así como el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), emprendieron acciones informativas, como la traducción de la frase «Quédate en casa» y otros mensajes preventivos, en 35 y luego en 59 de las 68 lenguas autóctonas. Otros esfuerzos surgieron de gobiernos estatales, municipios, instancias religiosas y organizaciones civiles, especialmente apoyos con despensas, aunque solo en algunas comunidades, donde la entrega suele alcanzar para una o dos semanas.

A pesar de estas iniciativas, como la *Guía para atender a pueblos indígenas y afroamericanos ante COVID-19*, dada a conocer en mayo por el INPI, que además de subrayar el derecho a la autonomía, pretende «garantizar la atención a la violencia contra mujeres y niñas indígenas y afroamericanas, así como su acceso a servicios de salud, incluyendo parteras tradicionales», entre otros principios, los resultados demuestran ser insuficientes. Son varias las aristas no cubiertas, desde las medidas comunitarias de aislamiento, protocolos locales de atención y traslado, la manutención de quienes no trabajan y cuál va a ser la suerte de la gente mayor de conocimiento, aun cuando la Secretaría de Bienestar Social entregó apoyos económicos de forma adelantada, especialmente dirigidos a adultos mayores, rurales y urbanos, incluyendo indígenas. También incrementó los beneficiarios del programa rural *Sembrando Vida*, en el que tres de cada 10 beneficiarios son mujeres. Sin embargo, el recorte al INPI en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 del 75% de sus recursos financieros, pone en riesgo la operación de 34 Casas de la Mujer Indígena, cuya demanda para atención a mujeres en casos de violencia se ha incrementado con la pandemia. En

---

4. Ver para los pueblos de Sonora el artículo de Castro Silva, T. (7 abril de 2020). [© \*La fe no arredra. Biologicismo y tradición cuaresmal en Sonora ante la pandemia\*. Libera Radio \(Hermosillo\).](#)

la mayoría de las comunidades ha privado la desinformación, pese a que buena parte tiene hoy acceso a radio, televisión, telefonía móvil e internet. Lo denotan audios donde se recomienda no acudir a los hospitales, porque «los doctores los van a matar», y la variedad, a veces contradictoria y paradójica, de respuestas elaboradas; como la clausura de las comunidades, que aunque ha sido muy aplaudida en la opinión pública, ha generado abusos y estragos comunitarios<sup>5</sup>. Agentes externos o grupos armados de base social, que aprovechan la pandemia para extraer recursos, minerales y maderables, y que manejan la vigilancia para generar miedo entre quienes se resisten a distintas formas de despojo. En algunos lugares se ha impedido el acceso a las autoridades sanitarias e incluso hubo quienes amenazaron con cerrar un hospital si aceptaba casos de COVID-19. Sin embargo, han sido más frecuentes las reacciones de rechazo y discriminación sufridas por algunos médicos y enfermeras en las ciudades.

La marca viral la han padecido además sospechosos y contagiados, culpados por regresar a sus comunidades, como el *o'depüt* (zoque) de Chiapas que se suicidó el 15 de abril; o el *binni záa* (zapoteco) que murió días después en el traslado, víctima de un sistema que no está preparado para otorgar asistencia urgente a quienes viven lejos de la capital de su estado. El estigma los vulnera, no solo por la discriminación de la que son objeto, al no contar con servicios médicos adecuados, ni tampoco otros mínimos de bienestar, sino por la alta prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión y otros males que llegaron con el «desarrollo»<sup>6</sup>. A la discriminación y el racismo, que son estructurales, se suma ahora la mancha del coronavirus, que culpabiliza a quienes no siguen las medidas de prevención. De parte de quienes olvidan –o no saben– que en algunas circunstancias, agua y jabón,

---

5. Algunos ejemplos se hallan en Carrera, A. (13 de abril de 2020). © *Aislamiento de pueblos genera varios conflictos durante pandemia*. *El Imparcial de Oaxaca*. Méndez, D. (17 de abril de 2020). © *Protegernos la vida: acciones frente al COVID-19 en los pueblos indígenas del sur de México*. *Chiapas en Paralelo- ODEMCA Observatorio de las Democracias*.

6. Véase Haro, J. A. y Martínez Coria, R. (2015). © *Salud para los pueblos indígenas de México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio*. En E.J. Langdon y M.D. Cardoso (Eds.), *Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina* (pp. 33-60). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

aislamiento, sana distancia, restricción en casa, son recomendaciones que no siempre se pueden seguir adecuadamente, especialmente cuando no hay que comer y hay que salir a la calle.

La oposición se concentró en cuestionar un esbozo de [◉ \*Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica\*](#), que tuvo que ser modificado pues favorecía automáticamente a los más jóvenes, y, aunque no se debatió, en el caso de los pueblos indígenas, amenazaba con dejar fuera de atención a quienes son portadores de la memoria biocultural. A nivel internacional se difundieron entonces resultados de investigación sobre la permanencia del virus responsable en las superficies, así como otras características claves en su prevención. Pero no se tradujo en medidas pertinentes, y, en cambio, en las ciudades se multó a quienes se ejercitaban en la calle o no portaban cubrebocas, dejando a criterio de cada sitio comercial o laboral el uso de medidas como el monitoreo de temperatura o el control del aforo de clientes. Hubo más comunidades indígenas que dejaron de permitir el ingreso de personas ajenas, aunque no lograron impedir el retorno de quienes se quedaron sin trabajo, desde otras partes del país y desde Estados Unidos. Otras decidieron no cerrarse por depender del comercio. Varias se apoyan en iniciativas locales, como censar a los más vulnerables, instaurar ley seca, prohibir reuniones y echar a andar estrategias de capacitación. Las experiencias abarcan el trueque de productos, comedores comunitarios y fabricación de cubrebocas artesanales para vender o ir a sitios públicos, aun cuando la OMS y las autoridades mexicanas en abril todavía desaconsejaban su uso. Hubo mercados que adecuaron los puestos de venta separándolos, mientras en las ciudades solamente las grandes cadenas comerciales continuaban abiertas, causando aglomeraciones.

El país entró en la Fase 3 de la contingencia el 21 de abril, cuando se contabilizaban 712 muertes, sin que se conozca hasta ahora con certeza el número de indígenas contagiados o muertos, pues las estadísticas sanitarias no distinguen la etnicidad, aunque tanto el INPI como la Secretaría de Salud comenzaron en mayo a reportar los casos indígenas de contagiados y muertos, estimándose a fines de este mes casi 500 indígenas con diagnóstico de COVID-19, con cerca de 200 defunciones. Hay señalamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) acerca de que la letalidad por COVID-19 es más alta en los mu-

nicipios más pobres, concentrando el mayor número de muertes indígenas en Ciudad de México, Quintana Roo, Oaxaca, Estado de México y Yucatán. Otras fuentes han reportado casos y muertes indígenas en Chihuahua, Hidalgo, Puebla y Sinaloa, aunque la percepción generalizada es que los infecta menos, como lo aseguró AMLO el pasado 12 de mayo, señalando que «las comunidades se han sabido cuidar y blindar de la pandemia». Si bien proporcionalmente la población indígena afectada aparenta ser menor a la mestiza, cabe señalar que esto puede reflejar un efecto temporal, gracias a su mayor aislamiento y tardío registro de las defunciones. Hay reportes recientes que señalan comunidades y municipios indígenas donde no se ha registrado todavía ningún caso, mientras en otras partes se anuncia su llegada. Quienes tenemos contactos personales nos enteramos que en las ciudades hay paisanos con síntomas, que se quedan y se tratan en sus casas. Algunos remedios, como el jengibre, el ajo, el limón, el diente de león, la canela, las aspirinas molidas, el tomillo, se han popularizado, al igual que acostarse boca abajo si hay dificultad respiratoria.

Hasta ahora no hay evidencias que muestren un desastre nacional sanitario en México, a pesar de que las medidas de distanciamiento se han cumplido de forma muy dispareja. Sin embargo, es pronto para estimar los impactos, aun cuando ya se anunció un plan de regreso a la «nueva normalidad», que incluye, entre otras cosas, el apoyo militar a las labores de la Guardia Nacional. Sería pertinente el diseño de una gestión adecuada de las situaciones indígenas que hasta ahora brilla por su ausencia, a pesar de las *Guías* publicadas y de varios esfuerzos académicos y periodísticos por evidenciar la vulnerabilidad indígena. Aunque algunos pueblos tienen mayores posibilidades de recuperación económica y resiliencia alimentaria, es de esperarse que se incrementen la pobreza, el desempleo y la violencia, además de que continúe el despojo por los numerosos proyectos de inversión que se llevan a cabo en territorios indígenas, sin valorar su impacto en los pueblos y en la biodiversidad, cuya pérdida nos afecta a todos, al relacionarse con zoonosis y pandemias. Como señalan pronunciamientos de los pueblos originarios del continente, la crisis actual ha puesto al descubierto temas y decisiones que afectan sus modos de vida y su existir comunal, por lo que sus derechos –hoy más que nunca– no merecen seguir siendo soslayados. En este contexto, el qué hacer se perfila con apoyarles en su reclamo au-

tonómico, así como en reivindicar su derecho a la justicia, la educación, el medio ambiente, la salud y otro tipo de desarrollo. En cambio, lo que parece avizora en el horizonte es el aprovechamiento de esta crisis para avanzar en el despojo de sus territorios, que se facilitará además por el agravamiento de su pobreza. La crisis del coronavirus amenaza con despojarlos de su memoria, su cultura y sus territorios, por circunstancias y factores que con mucho rebasan el rango de lo epidemiológico, aunque obtengan su legitimidad del manejo sanitario.

© *Jesús Armando Haro*

*Profesor-Investigador del Centro de Estudios en Salud y Sociedad del Colegio de Sonora (México).*

# Chile y la COVID-19: el caso de un Estado mínimo y de un gobierno sin legitimidad política

Marcelo Sánchez Delgado

*Universidad de Chile*



**E**n estos días aciagos enfrentamos la pandemia de la COVID-19 con un Estado reducido a su mínimo posible y con la carga de una retórica de guerra entre los chilenos y chilenas, la que en el caso de la protesta social iniciada en octubre de 2019 fue acompañada de una represión policial y militar sin precedentes desde la recuperación de la democracia en 1989, con el triste saldo de más de un centenar de mutilaciones oculares causadas por agentes del Estado.

Según el presidente Sebastián Piñera, en entrevista del día 18 de marzo de 2020, Chile estaba «[mucho mejor preparado que Italia para enfrentar esta situación](#)»; su ministro de salud nos anunciaba el 25 de marzo de 2020 que Chile tenía «[uno de los mejores sistemas de salud del planeta Tierra](#)» y el 22 de abril, ante las voces críticas insistía en que «[He sido felicitado por autoridades internacionales hasta el cansancio](#)». A mediados de junio del año 2020 Chile es uno de los países con mayor índice de contagiados por millón de habitantes a nivel global y el sistema hospitalario está en estado de colapso, lo que transforma estas frases en un precedente desafortunado.

Entre las primeras polémicas públicas sobre las estrategias para abordar la crisis inminente por la COVID-19 en el país se cuentan los enfrentamientos entre los alcaldes y el Ministro de Salud ¿Por qué las autoridades municipales entraron en directa confrontación con la máxima autoridad sanitaria frente a la emergencia? La respuesta a esta pregunta solo es posible desde los antecedentes históricos.

Chile desarrolló una rica tradición local de medicina social a partir de 1892. Frente al fatídico desarrollo de la epidemia de cólera de 1886-1888 con su saldo de alrededor de 25.000 muertes, se volvió imperiosa la creación de una institución que prestara atención a las cuestiones más urgentes en sa-

lud pública. Así, en 1892 surgieron el Consejo Superior de Higiene y el Instituto de Higiene, dependientes del Ministerio del Interior. En términos institucionales, es posible trazar una línea de continuidad y traspaso de funciones entre el Instituto Superior de Higiene creado en 1892, el Instituto Bacteriológico puesto en marcha en 1929 y el Instituto de Salud Pública que comenzó su andadura en 1979, que sigue activo hasta el presente.

La creación del Instituto de Higiene en 1892 permitió la formación de una generación de médicos especialistas en higiene e interesados en la medicina social, que con el tiempo y gracias a sus redes e influencias lograron impulsar su agenda sanitaria hasta incorporarla a la administración y gestión estatal. El primer gran paso en esa dirección fue el Código Sanitario de 1918, que estuvo vigente hasta 1931. Otro hito de la medicina social chilena fue el impulso legislativo de 1924, dentro del que destaca la Ley de Seguro Obrero Obligatorio y la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Ya tomada la senda de un Estado activo y responsable en medicina social, la ley de Medicina Preventiva de 1938 impulsada por Eduardo Cruz Coke sancionó el reposo como parte del proceso curativo, indicando que «para garantizar la tranquilidad espiritual y material conserva al reposante la totalidad de la remuneración, prohíbe al patrón despedirlo en el lapso correspondiente y [...] todavía 6 meses después de volver a su ocupación»<sup>1</sup>. En 1942 se creó la Dirección General de Protección a la Maternidad, la Infancia y la Adolescencia, conocida por la sigla PROTINFA. La centralización de muchos servicios dispersos y en los que todavía tenía un rol la beneficencia culminó en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), cuya acción en las siguientes décadas permiten ver esta fundación como «el acontecimiento de mayor relevancia en Salud Pública»<sup>2</sup> de la segunda mitad del siglo XX chileno. En palabras de Hernán Romero, el SNS «representó un paso formidable hacia la socialización de la medicina y hacia una organización única que atienda los problemas de salud de todos los

---

1. Romero, H. (1977). Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. En J. Jiménez (Ed.), *Medicina Social en Chile* (pp. 11-85), Santiago: Ediciones Aconcagua, p. 64.

2. Goic, A. (2015). [El sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente](#). *Revista Médica de Chile*, 143, 774-786, p. 777.

habitantes»<sup>3</sup>. Se trataba de un gran ideal, de una aspiración tan noble como compleja dentro de la cual se dieron notables avances y aciertos, así como también defectos, entre los que podemos contar el desfinanciamiento crónico, la lentitud administrativa, faltas en la coordinación territorial y una atención que el usuario percibía como «deshumanizada».

En los años 1960 la actividad del SNS fue ampliada con leyes y mandatos en torno a mejoras o atención de nuevas necesidades sanitarias, como la ley de Formulario Nacional de Medicamentos (1967), la ley de Medicina Curativa de Empleados (1968), la ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (1968) y la Planificación Familiar (1965). A comienzos de los años 70, con el proyecto de la Unidad Popular, se impulsaron algunas modificaciones y mejoras en el sistema sanitario chileno. La política pública de entregar medio litro de leche a los menores de 15 años y las mujeres embarazadas o en etapa de amamantar fue un hito fundamental en la lucha contra la desnutrición y la mortalidad infantil. Como ha señalado Felipe Ramírez, en 1970 recibieron este beneficio 650.000 personas y para 1973 los beneficiados fueron 3.600.000 personas. En algunos indicadores como la mortalidad general y la mortalidad infantil se logró continuar el descenso y los esfuerzos estatales en materia de salud fueron de consideración si tenemos en cuenta que el gasto fiscal en salud fue de 16,4 dólares por habitante en 1970, para alcanzar 24,6 dólares por habitante en 1972 y caer hasta 12,8 dólares en 1976<sup>4</sup>.

El año cero de la destrucción del sistema público de salud y de la medicina social chilena fue 1979. Ese año se decretó el fin del Servicio Nacional de Salud (SNS). Al año siguiente, se dio otro enorme golpe a la medicina social, decretando el paso de la atención primaria a las municipalidades. En otras palabras, el año 1980 el Estado volvió la espalda a la salud comunitaria y a la asistencia primaria en salud, desligándose del contacto inicial y cotidiano con los problemas sanitarios de toda la población y volviendo a las alcaldías –muchas veces sin recursos adecuados– la responsabilidad de la atención primaria en salud.

---

3. Romero, H. (1977). Hitos fundamentales de la medicina social..., p. 76.

4. Medina Lois, H. (1977). Presente y futuro de la medicina social chilena. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. En J. Jiménez (Ed.). *Medicina Social en Chile* (pp. 11-85). Santiago: Ediciones Aconcagua, p. 176.

A ello debemos sumar el desmantelamiento del SNS y la creación de un seguro público orientado a una salud para pobres y seguros privados para atender a la población adinerada. Fondo Nacional de Salud (FONASA), un seguro público de salud que reemplazó a las prestaciones del Servicio Nacional de Salud, data de 1979; un nuevo sistema previsional atento a servir al mercado financiero, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), se creó en 1980 y un seguro privado de salud, también en manos de consorcios económicos en busca de rentabilidad, se creó en 1981 con las llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En resumen, sobre este punto: entre 1979 y 1981, se destruyeron los cimientos de la seguridad social y de la medicina social chilena.

Se comprenderá que un sistema sanitario fragmentado por capacidades de pago y sin ninguna relación con la atención primaria, limitado a «red asistencial» hospitalaria, tiene pocas herramientas para impulsar una agenda pública en salud en circunstancias normales. En el evento epidémico actual la capacidad de gestión sanitaria desde el Ministerio de Salud ha sido ampliada gracias a las leyes y regímenes administrativos que rigen en estado de excepción constitucional y en nombre de las vidas que pueden y deben ser salvadas, es deseable su más completo éxito. No obstante, la necesidad de unidad y buen criterio ético, comunitario y solidario, resulta algo destemplada después de un largo periodo en que las autoridades políticas han insistido en que estamos en un país en guerra contra un enemigo feroz e implacable. Enemigo que puede ser alternativamente la delincuencia, el terrorismo, el narco, la protesta social, los antisistema o el coronavirus.

Las acciones iniciales del gobierno de Sebastián Piñera, que parecían exitosas en el contexto sudamericano y daban paso apresuradamente a una «nueva normalidad» para reactivar la economía durante el mes de abril del 2020, se terminaron transformando en una crisis sanitaria en el mes de junio de 2020 y en una crisis social en la que ya ronda el fantasma del hambre pura y dura.

La falta de legitimidad y de valoración social de las instituciones policiales y militares, así como de toda la clase política transformaron las cuarentenas parciales –modelo con el que se iniciaron las estrategias de contención en

Chile– en un llamado al que la población ha respondido a medias, algunas veces por individualismo irresponsable o por la necesidad imperiosa de allegar recursos al hogar y otras por la falta de legitimidad de la autoridad.

En Chile, por vocación y convicción de los defensores del modelo neoliberal heredado de la dictadura militar, se profundizó la transformación del Estado en un agente social débil y sin respuesta frente a la población, dada la delegación de sus antiguas responsabilidades al libre mercado. Tenemos un Estado mínimo que con mucha dificultad está respondiendo tarde y mal frente al desafío pandémico, panorama al que debe sumarse la falta de legitimidad política de prácticamente toda política institucional.

© *Marcelo Sánchez Delgado*

*Profesor Asistente de Ciencias Históricas en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.*

# MUJERES, GÉNERO Y EPIDEMIAS

## VI.- MUJERES, GÉNERO Y EPIDEMIAS



# Jerarquías del cuidado y representación simbólica de la enfermedad epidémica

Montserrat Cabré i Pairet

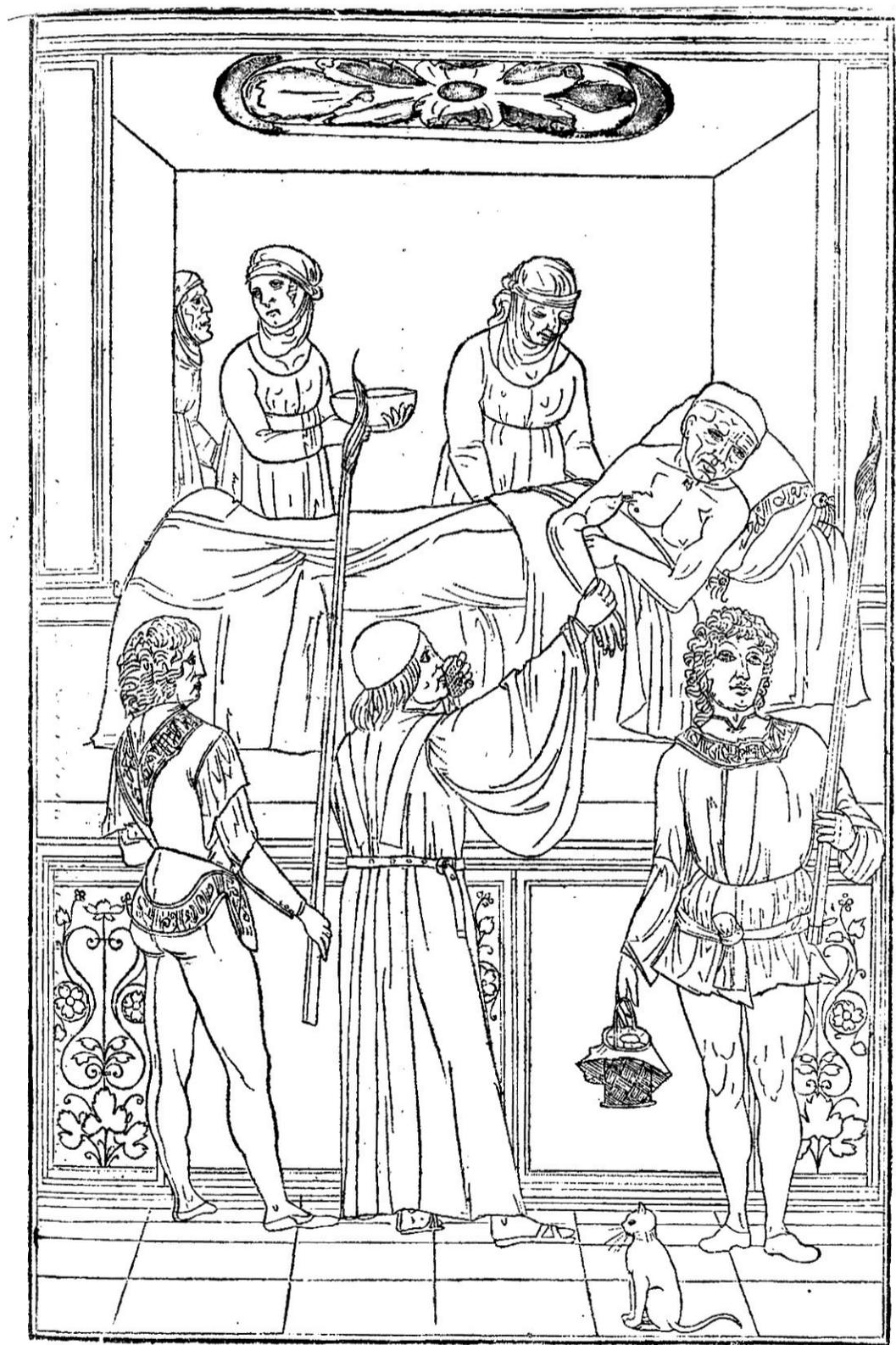
*Universidad de Cantabria*



Nuestra experiencia del mundo está mediada por multitud de imágenes difundidas por todo tipo de medios de comunicación visual. Mientras nos acomodábamos al confinamiento doméstico, la COVID-19 ha ido impregnando nuestras pupilas de mascarillas, hospitales de campaña, EPIs, respiradores, pasillos atiborrados de gente demandando asistencia médica profesional, personal sanitario devastado por el cansancio y por la intensidad emocional del trabajo. Hemos aprendido a asociar nuestra capacidad colectiva de superar la pandemia al número de UCIs disponibles, prestando una atención inaudita a esos espacios que tardarán en desaparecer de nuestras retinas. Al tiempo que nos ejercitábamos en la rutina de no salir de nuestras casas, el hospital ha tomado todo el protagonismo como espacio de representación simbólica de la epidemia. Y ello, a pesar de que la mayor carga asistencial de la COVID-19 la están soportando los hogares, repletos de pacientes que han perdido su autonomía funcional y requieren cuidados personalizados para superar la enfermedad.

Históricamente, las epidemias y los espacios de su tratamiento y asistencia no siempre han gozado de tal atención iconográfica. Conocemos pocas representaciones de una dolencia tan cruenta como la Peste Negra, que asoló la Europa medieval con distintos brotes desde 1347, siendo frecuente, además, que las pocas ilustraciones que circulan de ella estén descontextualizadas y se atribuyan erróneamente a esta enfermedad. En este contexto de escasez de representaciones visuales resulta relevante detenerse a analizar una imagen temprana que simboliza una escena de peste y sus protagonistas. Fue publicada por primera vez en la edición de 1494 del *Fasciculo de Medicina in Volgare*, una compi-

lación ilustrada de textos en lengua italiana que ampliaba los que configuraron el libro en su edición latina original, publicada en Venecia en 1491, y que fue dibujada para acompañar un tratado de peste atribuido a Petrus de Montagnana. El libro fue un enorme éxito editorial y entre 1494 y 1522 fue reeditado al menos en diez ocasiones en versión latina o italiana. Todavía hoy se conservan algunos ejemplares con las ilustraciones bellamente pintadas a mano con vivos colores.



*A physician using pomander, taking the pulse (?) of a man sick with plague; right., attendant with urine-flask basket.*

© [Wellcome Collection \(CC BY 4.0\)](#)

La imagen, armónicamente distribuida en tres planos, detalla la visita de un médico a un enfermo de peste con facies hipocrática que augura una muerte cercana. Se encuentra postrado en el lecho de una estancia doméstica, característica que se subraya con la presencia en la escena de un gato. Sin duda, la alcoba pertenece a una casa acomodada: en el centro se encuentra una cama, ricamente tallada y con una almohada decorada, que divide la escena en dos planos bien diferenciados.

En posición central se encuentra el médico, que con su mano derecha y a cierta distancia toma el pulso al enfermo mientras sostiene con la izquierda una poma o bola de olor para purificar el aire que respira por su nariz y su boca. También en la franja principal de la viñeta flanquean al médico dos asistentes. El situado a la derecha y más cercano al paciente permanece de espaldas al mismo, sosteniendo una tea y un cesto típicamente utilizado para transportar de forma segura los frascos de cristal que contenían la orina cuya inspección experta permitía el diagnóstico y el pronóstico de una enfermedad. El asistente más alejado al paciente también sostiene una antorcha mientras observa atentamente de frente.

De modo simétrico, al otro lado de la cama y en el plano más alejado, tres mujeres de edad avanzada, dos de ellas marcadamente viejas, representan no ya la visita médica puntual sino la atención doméstica y continuada que gestiona el curso de la enfermedad y que acompaña y satisface las necesidades vitales del paciente. A nivel visual, ocupan un espacio que conecta la alcoba con el resto de la casa, como muestra el hecho que dos de ellas, situadas a la izquierda de la viñeta, son protagonistas de una acción coordinada, pues entran juntas y hablando en la habitación donde yace el paciente. La que ocupa la posición central lleva en sus manos una escudilla cuyo contenido –probablemente caldo– ha sido preparado en otra estancia. La tercera mujer, ajena a sus compañeras y al procedimiento del médico, dispone la ropa de la cama en la que descansa el enfermo.

La ilustración del tratado de peste nos muestra de modo ostensible dos esferas fundamentales, si bien jerarquizadas, en la atención a la enfermedad epidémica: dos ámbitos diferenciados por el sexo de sus protagonistas, los espacios, los instrumentos de trabajo, el grado de contacto y convivencia con el paciente, los tiempos de dedicación y los quehaceres. Dos esferas de la asistencia que interactúan y cooperan.

Durante la crisis de la COVID-19, el hospital ha usurpado simbólicamente al ámbito doméstico el protagonismo compartido en la atención asistencial a la epidemia. La parquedad con la que otras sociedades representaron su gestión de la enfermedad nos descubre, sin embargo, una perspectiva escondida en la profusión de imágenes con las que escenificamos la nuestra. Su pulcritud desvela lo que la abundancia y la ansiedad por mostrar tienden a ocultar con resultados perversos: nuestra confianza radical en la disponibilidad y eficiencia de los cuidados domésticos y en quienes los prestan.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Green, M., Walker-Meikle, K. y Müller, W.P. (2014). Diagnosis of a ‘Plague’ Image: A Digital Cautionary Tale. ◉ [\*The Medieval Globe\*, 1](#), 309-329.

Jones, L. y Nevell, R. (2016). ◉ [\*Plagued by doubt and viral misinformation: the need for evidence-based use of historical disease images\*](#). *The Lancet Infectious Diseases*, 16(10): 235-240.

Garner, A. (Curator). (2018). ◉ [\*Facendo Il Libro. The Making of Fasciculus Medicinae, an Early Printed Anatomy\*](#). The New York Academy of Medicine.

*Fasciculo de Medicina in Volgare* (2001) [1494]. Treviso: Università degli Studi di Padova/Edizione Antilia.

◉ [\*Montserrat Cabré i Pairet\*](#)

*Catedrática de Historia de la Ciencia en la Universidad de Cantabria.*

# Virus y género: coronas y microscopios en la era antibiótica<sup>1</sup>

María Jesús Santesmases

*Instituto de Filosofía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)*



June Danziel Hart Almeida es una de las mujeres a quienes la pandemia ha convertido durante unos pocos días en científica célebre. La [BBC](#) y después otras publicaciones periódicas, también en castellano, la han biografiado con motivo de la pandemia de la COVID-19 porque las fotografías que obtuvo al microscopio electrónico a mediados de la década de 1960 son las primeras que se conocen de un coronavirus. El halo que rodeaba a la forma más o menos esférica de las imágenes que June Almeida había obtenido con el microscopio electrónico se llamó corona (en castellano literal). En 1968, esos contornos que nadie había visto antes se usaron para darle nombre. Un grupo de especialistas en virología, entre ellos la propia Almeida, exhibió el acuerdo que procede a la construcción de verdades científicas al publicar en la revista británica *Nature* la notificación del nombre a un nuevo grupo de virus. El halo resultó compuesto de un conjunto de protuberancias características de su actividad patógena.

Cristina Moreno Lozano ha contado que las ilustradoras del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés), entre ellas Alissa Eckert, han producido una buena imagen del virus. El icono, que se ha visto en tantas informaciones y que Moreno Lozano reproduce en su texto sobre [las culturas visuales de la COVID-19 en España](#) se parece a una bola tejida con una de esas lanas de aspecto aterciopelado que se venden para hacer punto: mano de hierro en guante de terciopelo, se podría decir del coronavirus así representado. Las protuberancias son en esa ima-

---

1. Este escrito ha sido elaborado a partir de un [texto breve sobre June Almeida](#).

gen grupos de flecos colorados que evocan su capacidad patógena de acercarse e infectar a las células, y que la epistemología vírica de la pandemia de la COVID-19 ha comprobado.

Tejer suele considerarse labor de mujeres –por necesidad, por entretenimiento, por placer; a mano o a máquina, en máquinas caseras, con tejedoras artesanas o industriales–. El poder simbólico del tejido se ha usado para dar cuenta de la forma, la función y la construcción y destrucción de las paredes de los microbios. Wolfhard Weidel y Helmut Pelzer describieron en 1964 la pared bacteriana asemejándola a la calceta: una molécula con forma de bolsa tejida de forma más o menos tupida permitiría explicar que la ruptura de algún hilo por lisozimas o antibióticos terminara por quebrar la pared completa de manera que la bacteria pudiera llegar a resultar completamente deshecha al quedar protegida solo por la membrana, más frágil y permeable.

Las imágenes del coronavirus obtenidas por June Almeida con el microscopio electrónico comunicaban también fragilidad, pero quizá, o, sobre todo, parecían borrosas e imprecisas. Al ser producto de la tecnología, la imprecisión y su carácter borroso no las desacreditaban; al contrario, esas formas de bordes poco definidos, aparentemente disueltos en el fondo, contribuyeron a la promesa de una tecnología mejor, que proporcionaría por fin esa claridad que la forma natural había adquirido con el dibujo. Y el dibujo regresaría con la mano consciente de las dibujantes de los CDC, quienes ofrecieron esa bola tejida dentro de la cual se esconde el ácido nucleico, detectable por acción de una polimerasa que, al multiplicarlo en cantidades suficientes, permite su detección y el diagnóstico de la infección.

El diagnóstico, a veces convertido en un *kit*, en una caja negra de las que hablaba Bruno Latour, en la que entra el producto en muy escasa cantidad por un lado y sale multiplicado por el otro, no se realiza siempre de forma automática. Los microbios se examinan al microscopio óptico desde hace siglos y al microscopio electrónico desde hace poco más de cincuenta años. Ambos instrumentos necesitan que la materia a observar se prepare con cuidado: la muestra biológica se somete a tinción, purificación parcial o total y otras prácticas similares. La destreza en el manejo del aparato incluye saber preparar aquello que va a examinarse. La virología y la microbiología

exigen ojos entrenados, habilidad manual y mucho conocimiento acumulado en su historia. Esa actividad ha sido desempeñada por muchas mujeres, muy a menudo bajo tutela de sus colegas, hombres que dirigían grupos de laboratorio y centros médicos o de investigación. Así lo muestra [◉ la fotografía](#) que aparece en redes sociales, internet y medios de comunicación periódicos: June Almeida al microscopio electrónico en el Instituto de Cáncer en Toronto (Canadá), bajo la mirada atenta de dos hombres que, de pie tras ella, parecen supervisar su trabajo

El puesto de ayudante, como otros de bajo sueldo y dependencia aparente de una dirección superior, se creó para nombrar el trabajo de las mujeres. En España, el secretario general del CSIC, José María Albareda, lo hizo disciplinándolo en la Escuela de Auxiliares establecida poco después de crearse por decreto el propio CSIC, al que la dictadura de Franco le adjudicó el gobierno del patrimonio de la Junta para Ampliación de Estudios. Muchas mujeres se han doctorado desde entonces. A June Almeida la doctoró una formación práctica que adquirió como ayudante técnica durante una década en Inglaterra, con la cual pudo trabajar el resto de su vida como experta viróloga. Los planos y los objetos, la distribución del espacio en las imágenes son, como explica Montserrat Cabré [◉ en este volumen](#), agentes socioculturales que exhiben género y jerarquías en tiempos de pandemia, y de investigación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Banatvala, J. E. (2011). [◉ Almeida \[née Hart\], June Dalziel \(1930-2007\), virologist](#). *Oxford Dictionary of National Biography*.

Moreno Lozano, C. (5 de abril de 2020). [◉ Seeing COVID-19, or a Visual Journey Through the Epidemic in Three Acts](#). *Somatosphere*.

Santesmases M. J. (2016). The bacterial cell wall in the antibiotic era: An ontology in transit between morphology and metabolism, 1940s-1960s. *Journal of the History of Biology*, 49, 3-36.

Santesmases, M. J. (2018). *The circulation of penicillin in Spain: Health, wealth and authority*. London: Palgrave.

Weidel, W. y Pelzer, H. (1964). Bagshaped Macromolecules-a New Outlook on Bacterial Cell Walls. *Advances in Enzymology*, 26, 193-232.

© María Jesús Santesmases

*Profesora de Investigación en el Instituto de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).*

# La enfermería argentina en tiempos de crisis sanitaria

Karina Ramacciotti

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.*

*Universidad Nacional de Quilmes*



Desde la declaración el 19 de marzo de 2020 de las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio en la Argentina, a partir de las 21hs en las grandes ciudades se escucharon aplausos como homenaje al personal sanitario que ha debido enfrentar la pandemia de coronavirus en condiciones de precariedad laboral y escasez de insumos. Esta práctica fue tomada de las que surgían en las ciudades europeas, que, por entonces, estaban pasando por momentos de gran cantidad de personas contagiadas y muertas. Estas acciones no vinieron acompañadas por un debate público en torno al porqué de esas condiciones laborales ni a qué interpretación se le podría dar a dicha situación, dados los años de abandono de la salud pública. En Buenos Aires, este ritual colectivo duró pocos días; fue más una necesidad de conexión con el otro al inicio de la pandemia que un homenaje sincero.

Esta imagen de aplausos desvanecidos que no sirvieron ni para homenajear ni para poner sobre el tapete el estado de la salud pública, hace de detonante para reflexionar sobre el lugar que ocuparon históricamente y en el presente quienes tienen la responsabilidad profesional de cuidar en el sistema de salud. Recordemos que cuidar denota un fenómeno multidimensional, dinámico y complejo, con componentes científico-tecnológicos orientados hacia la dimensión biológica de la persona cuidada y componentes humanísticos orientados hacia la dimensión emocional, intelectual, social, cultural y espiritual. Asimismo, y retomando la idea de Ariela Micha y Francisca Pereyra<sup>1</sup>, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado desempeñan activida-

---

1. Pereyra, F. y Micha, A. (2016). © [La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud](#). *Salud Colectiva*, 12(2), 221-238.

des que contribuyen a la salud, la seguridad física, y el desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas, y que interactúan directamente con los receptores del servicio en cuestión.

Por lo tanto, el sector laboral vinculado a quienes cuidan de manera profesional es muy variado. En este texto nos vamos a concentrar en el trabajo del sector de enfermería. Sabido es que en las narrativas las enfermeras no forman parte del “Panteón” de la medicina. La historia de la medicina suele estar cargada de relatos de trayectorias de galenos en los que se destacan sus virtudes y logros tanto en el terreno de la ciencia como en el de la política. Estos relatos laudatorios han contribuido a la difusión de información básica sobre ciertas figuras “relevantes”, pero suelen obviar a otros personajes que tuvieron un rol destacado en la especialización de funciones de las agencias sanitarias y quedaron al margen tanto de las historias oficiales como de las que pretenden diferenciarse por una mirada más crítica y renovada. Me refiero tanto a las médicas como al amplio abanico de tareas sociosanitarias que estuvieron en manos de las mujeres y están invisibilizadas. Es una historia que implica la construcción de un proceso fascinante, que incluye a quienes están en los hospitales, junto a los facultativos más descollantes; a sus “auxiliares” en los laboratorios, a funcionarias que completan rutinariamente formularios, informes, historias clínicas para la administración de la gestión de la investigación, o para la salud. Muchas son mujeres, como las visitadoras de higiene y su papel se refleja a veces en textos burocráticos, o debe ser imaginado a través de otras escrituras, justamente, las de quienes planifican las políticas y dependen de aquellas para su ejecución. Las agencias estatales requieren de estas personas para proveer vacunas, brindar cuidados, asistencia y medicinas, y gracias a su esfuerzo, comprensión y afecto, se pueden detectar dolencias invisibles ante la mirada clínica. Pero, que sean labores que han tendido a la feminización no implica que dichas tareas sean un patrimonio natural de ellas, sino que responden a una construcción histórica y socialmente impuesta, que determinó entre otras cosas, las diferencias y las desigualdades que la caracterizan respecto de otras profesiones no feminizadas.

## LA ENFERMERÍA EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

En los grandes centros urbanos de la Argentina, las tareas de cuidado y asistencia a las personas que demandaban atención en el sistema sanitario estuvieron ligadas a las labores que las mujeres brindaron, dadas sus supuestas virtudes vinculadas a la caridad y a los cuidados, como espacios donde desplegar sus dotes innatas. Las urgencias que motivaban los brotes epidémicos, los accidentes laborales y las enfermedades infantiles, el mantenimiento de vidas frágiles y dependientes, entre otras cuestiones, solían tenerlas como principales dadoras de atención y cuidado. En las salas de los hospitales fue habitual la presencia de las Hermanas de la Caridad, religiosas de otras órdenes y mujeres de sectores populares que se acercaban a los hospitales y ejercían como cuidadoras, enfermeras, mucamas, voluntarias o secretarias. Para las segundas, el atractivo podía ser un exiguo salario, la esperanza de obtener, en algún momento, un cargo efectivo, la entrega de alguna propina, o tener un techo y comida. Las religiosas tenían una mayor jerarquía, ya que organizaban las salas y podían dar órdenes directas al personal que allí trabajaba. Con excepción de algunos de los hospitales administrados por comunidades inmigrantes, que contaban con cursos de enfermería o pequeñas escuelas como, por ejemplo, el Hospital Británico, no existían ámbitos, ni bajo la tutela estatal ni universitaria, para la formación profesional<sup>2</sup>.

La lógica del sacrificio y la caridad que guiaban estas actividades, fueron argumentos funcionales para mantener sueldos bajos o *ad honorem*. En efecto, al considerar esas intervenciones como propias de sus condiciones naturales, se produjo una desvalorización de sus tareas y, como consecuencia, un menosprecio a su capacitación y a sus derechos laborales. La concepción del trabajo femenino como complementario al presupuesto familiar sostenido por los varones también reforzó el mantenimiento de salarios inferiores.

---

2. Ramacciotti, K. (2020). El cuidado sanitario. Hacia una historia de la enfermería en Argentina. En K. Ramacciotti (Dir.), *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y Presente de una profesión* (pp. 29-66). José C. Paz: Editorial de la Universidad Nacional de José C Paz.

En este primer momento los espacios formativos tendieron a orientarse exclusivamente a una formación práctica, focalizada en las tareas de limpieza, cuidado, atención de los primeros auxilios y al estricto acatamiento de las prescripciones médicas. Un hito importante de la modernización del cuidado sanitario en la ciudad de Buenos Aires estuvo ligado a los cursos que impartió Cecilia Grierson, primera graduada en medicina de la Universidad de Buenos Aires (1889). Dichas clases estuvieron destinadas al personal que trabajaba en los hospitales porteños, y algunas de ellas tuvieron lugar en los consultorios de los colegas de Grierson, quienes apoyaron su iniciativa pues consideraban necesario formar profesionales en enfermería o, al menos, instruir al personal que se ocupaba de dichas labores. Estas clases fueron el inicio de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires<sup>3</sup>.

En las décadas de 1940 y 1950 el crecimiento de puestos laborales vinculados a las tareas de cuidado y de enfermería fue motivado por la expansión hospitalaria, el incremento de las campañas sanitarias y la modernización en las técnicas médicas que demandaban mayores tareas en su implementación. Si en la etapa anterior las prioridades en la formación profesional estuvieron basadas en resolver la emergencia sanitaria, brindar primeros auxilios y atender en los hospitales; en esta segunda etapa, la asistencia se articuló con la faz preventiva y la preparación profesional. Esto significó que la capacitación para las enfermeras estuvo centrada en que tuvieran los conocimientos necesarios para salir de las unidades hospitalarias y ocuparse de la prevención, la atención y la derivación a los centros hospitalarios. Asimismo, las campañas sanitarias, tanto en territorio como en los espacios fabriles y escolares, tuvieron un lugar preponderante en la capacitación que ellas recibían. Sus espacios laborales fueron tanto los espacios urbanos como los rurales y, por lo tanto, a las preocupaciones de las enfermedades epidémicas e infectocontagiosas se sumaron las inquietudes por las enfermedades endémicas y crónicas. Durante estos años las políticas sanitarias estimularon espacios formativos para incrementar dichas pericias. A los espacios ya existentes se sumaron la Escuela de Enfermería de la Secretaría

---

3. Martín, A. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. Cerdá y K. Ramacciotti (Dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.

de Salud Pública (1947) y la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón (1948). Ambas colaboraron en la capacitación de recursos humanos para satisfacer las demandas de un sistema de salud pública más complejo<sup>4</sup>.

A partir de los años cincuenta y, a tono con lo que sucedía en otras latitudes, la enfermería pasó a tener un lugar en la universidad. Se mejoraron las técnicas a la luz de los cambios que se producían en la ciencia, la tecnología y la industria farmacéutica. Se modificaron los programas de estudio, se incrementaron las horas cursadas, se mantuvieron estrictas normas morales, ya que según se creía, el profesionalismo no solo pasaba por manejar prácticas modernas de asistencia y cuidado, sino por contar con pautas de obediencia y de disciplina que iban desde el uso del uniforme; hasta el mantenimiento de conductas consideradas ideales en la vida privada. Sus recorridos universitarios trajeron como consecuencia para muchas de ellas un salto cualitativo. En efecto, implicó su ascenso social, jerarquizó a la profesión e inspiró a que muchas de las universitarias tuvieran un papel importante en la representación de la enfermería nacional e internacional, y empezaran a ocupar cargos docentes y de supervisión en los espacios formativos y en las agencias estatales, tanto provinciales como nacionales, y tareas de edición en revistas profesionales. Como contrapartida, la existencia de enfermeras universitarias en los ambientes laborales amplió la brecha con quienes no tenían dicha titulación y potenció, aún más, las diferencias regionales, intergeneracionales y de clase<sup>5</sup>.

En la actualidad la profesión, según un estudio reciente, está marcada por salarios bajos, pluriempleo, falta de equipamiento e infraestructuras adecuadas, exposición a riesgos biológicos, químicos y físicos y estrés laboral. Entre las enfermedades asociadas a dichas condiciones, destacan las osteomusculares y articulares producidas por esfuerzos físicos que demandan las tareas, así como también alteraciones del patrón de sueño y fatiga, sobre todo entre las mujeres que trabajan en horarios nocturnos y deben compa-

---

4. Ramacciotti, K y Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería. En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (Dir.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. (pp. 287-313). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

5. Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2017). [El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967](#). *Dynamis*, 37(2), 367-387.

tibilizar el trabajo con las responsabilidades domésticas. Asimismo, la falta de recursos humanos conforma uno de los problemas fundamentales que afectan a la ocupación, y este déficit de trabajadores se manifiesta no solo por la escasez en el número de enfermeras/os en ejercicio y la consecuente sobrecarga laboral que esto implica, sino también por su calificación, conformando un déficit cuali-cuantitativo de recursos humanos<sup>6</sup>.

## **LA ENFERMERÍA ANTE LA COVID-19**

Con la pandemia el panorama descrito empeoró. Estamos atravesando un momento que se caracteriza por la «prohibición» del contacto físico. Sin embargo, el sector de la enfermería, con medidas de protección adecuadas, debe seguir haciendo muchas de esas acciones para preservar la vida de otras personas. Aunque desde sectores de la prensa se reconozca a los «[enfermeros \[como\] el recurso humano imprescindible para la lucha contra el coronavirus](#)» y la Organización Mundial de la Salud haya declarado el 2020 [Año Internacional del Personal de Enfermería y Partería](#) por ser el aniversario de [Florence Nightingale](#), ni una cosa ni la otra aminora las situaciones de discriminación que ha sufrido el personal sanitario en general, pero para el caso de la enfermería se cuentan varios incidentes tales como el sufrido por una trabajadora en la localidad de Santo Tomé, [obligada a mudarse de su domicilio tras recibir amenazas de sus vecinos](#) que la acusaron de ser un agente transmisor del virus. Tampoco es un hecho pasajero que la segunda víctima de coronavirus entre los profesionales de la salud haya sido un enfermero de 47 años del Instituto Médico Brandsen. Otra enfermera que trabajaba en un hospital de la Provincia de Buenos Aires, María Ester Ledesma, había presentado su pedido de licencia laboral por enfermedades preexistentes; ella y su madre fallecieron de coronavirus y su hijo está internado por estar contagiado de COVID-19. Ese último caso sucedido en un contexto de incremento de casos de infectados y de muertes diarias [ha motivado la movilización sindical del sector de enfermería](#).

Ese «primer lugar de las trincheras», como se suele decir, homologando el ámbito sanitario con un campo de batalla, les expone a un lugar de mayor contagio dado la constante manipulación de los cuerpos para hacer

---

6. Pereyra, F. y Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales...

las prácticas de control y rutina diarias. Se suele destacar la «vocación», el «amor hacia el otro», «su actitud de entrega» por encima de las concretas condiciones de trabajo, y la necesaria capacitación constante que les es requerida para que puedan estar a la altura de las demandas del sistema. La falta de insumos, de materiales de protección adecuados, son situaciones que, si bien no son nuevas, toman un mayor protagonismo ya que no siempre fueron tan visibles como en estos tiempos.

El contexto pandémico puso en evidencia en el sector de enfermería situaciones de falta de reconocimiento de derechos laborales, actitudes de discriminación, desjerarquización de la labor a causa de la feminización y la condición de clase. Las voces de «expertos» en los medios de comunicación y las acciones celebratorias pasan, principalmente, por los profesionales de la medicina. Muchos otros saberes que tendrían bastante para aportar sobre las formas de evitar contagios y cuidar, en el sentido de ponerse en el lugar de ese otro al que se cuida, están ausentes en el debate público. Es muy pronto para anticiparse, pero quizás la muerte de María Ester Ledesma pase de ser un caso aislado y anecdótico y se convierta en un asunto público que permita abrir el debate y hacer escuchar los reclamos del sector, históricos y presentes. Salir del silencio hospitalario que intentó imponer el sistema de salud por medio de diferentes estrategias es un horizonte deseable para el futuro próximo.

© *Karina Ramacciotti*

*Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en la Universidad Nacional de Quilmes, donde también es Profesora Titular de Historia Social.*



## Dos actitudes ante la reclusión en tiempos de epidemia bajo el microscopio emocional de la literatura

Luis Montiel

*Universidad Complutense de Madrid.*



**E**s mucho lo que acerca de la enfermedad epidémica puede aprenderse en la literatura, pero no poco de todo ello está recogido con mayor precisión en las fuentes documentales, a menudo redactadas por testigos, víctimas también, de un modo u otro, de la plaga. Por esa razón el recurso a la literatura de creación está especialmente justificado cuando lo que aporta va más allá de la mera descripción de los hechos, cumpliendo con esa función no decretada de la gran literatura que es la indagación en lo más íntimo del ser humano. Dadas las limitadas pretensiones de este texto y de su vocación, que no es otra que intentar servir a la causa de aumentar el caudal de sentido de la experiencia pandémica que en la actualidad vive nuestro mundo, me ocuparé tan solo de dos obras, clásicas en la medida en que nos interpelan hoy tanto como lo hicieron al ser publicadas.

La primera obra de la que deseo ocuparme es el *Decamerón* (1353), de Giovanni Boccaccio. Escrita bajo la sombra del recentísimo recuerdo de la peste negra que en 1348 asoló Florencia –así como prácticamente, a lo largo de varios años, al resto del mundo conocido–, es precisamente la epidemia la circunstancia esgrimida para presentar el relato, pues huyendo de ella un grupo de jóvenes se refugiará en una quinta campestre durante diez jornadas. Allí, para hacer más llevadero el voluntario encierro y apartar de la memoria y la imaginación la idea de la peste, referirán por turnos un centenar de breves historias, en muchos casos cómicas, trágicas en otros, críticas con la realidad de su tiempo en más de uno. Nada, en suma, que no se corresponda con lo que hoy circula por las redes sociales.

Lo que acerca de la enfermedad, de sus manifestaciones clínicas y de sus efectos físicos y psicológicos sobre los florentinos refiere Boccaccio, siendo históricamente valioso no será aquí motivo de reflexión por la ra-

zón citada. Me interesa –nos interesa, creo– tomar como objeto de reflexión la argumentación ética de Pampínea, la líder del grupo, para justificar su propuesta de evasión de la ciudad apestada. Con ello, además, pasamos de forma natural del puro relato documental a la indagación psicológica mediante la narrativa de ficción.

La justificación es, a mi entender, irreprochable: «Natural derecho es de todos los que nacen ayudar a conservar y defender su propia vida tanto cuanto pueden, y concededme esto, puesto que alguna vez ya ha sucedido que, por conservarla, se hayan matado hombres sin ninguna culpa». A este argumento se añade, formulado de manera mucho más retórica, lo que me exime de transcribirlo, otro aún más objetivo: no está en mano de ninguno de los presentes hacer algo por remediar la situación de los más desafortunados. Quedarse en la ciudad no ayudará a salvar una sola vida.

Pero lo realmente importante a mi parecer no es la solidez o falta de ella de la argumentación. Lo que ante todo me pregunto es por qué hace falta a la dama Pampínea y sus amigos una justificación moral de su determinación. ¿Responde esa necesidad al «qué dirán»? No estoy seguro de que así sea. En los párrafos que siguen al transcrito la oradora señala que casi todos los que poseen propiedades en la campiña ya han escapado de Florencia, algunos de ellos, además, en circunstancias socialmente reprochables. No parece, pues, que sea el juicio de sus pares lo que preocupa a la juvenil asamblea. ¿Será, entonces, el de los socialmente inferiores?

Tampoco esta hipótesis me parece demasiado sólida. ¿Contaba algo, para los nobles, la opinión de la plebe en 1348? Puede, desde luego, que contara algo más de lo que pensamos, dado que ya había empezado a producirse un cambio en la sensibilidad –y en las relaciones sociales– que anunciaba lo que conocemos como Renacimiento. Pero dado que tampoco esa época por venir cambió excesivamente las relaciones de poder, tiendo a pensar que son más bien unos valores de casta, al fin y a la postre una ética a la vez individual y de clase, concretada más tarde en el imperativo *noblesse oblige*, lo que hace necesaria esa reflexión moral.

Una ética individual. ¿Ha existido siempre algo así? Parece que sí; al menos eso piensan antropólogos y psicólogos, y no es cuestión para discutir aquí. Lo llamativo es que adquiriera, en este preciso momento, una presencia en lo real como la que acabamos de ver. Para muchos el *Decamerón* es ya

una obra renacentista, la primera tal vez; y desde luego Florencia será uno de los focos de irradiación del nuevo espíritu. Precisamente en la literatura, y en aquella dedicada al *memento mori*, se observa de maravilla ese cambio de mentalidad. Una conocida danza de la muerte medieval, del siglo catorce, atribuida al rabí Dom Sem Tob de Carrión, comienza con la voz de la muerte, y en concreto con el pronombre personal relativo a la primera persona: «Yo so la muerte cierta a todas creaturas...». Otra, del siglo dieciséis, también comienza con ese pronombre, pero en ese caso aplicado al autor: «Yo estando triste y muy preocupado/ con un pensamiento que soler había...»; y solo después la muerte toma la palabra al modo tradicional. En el discurso de Pampínea pesa lo individual a todos los niveles: desde la autoconservación hasta la autojustificación. En ese sentido es moderno, como lo es el hecho de que se descarte la posibilidad del autosacrificio, de la ofrenda de la propia vida en beneficio –dudoso, por otra parte– del prójimo, como al parecer hacían en pestes anteriores algunos cristianos de los que hablan los Padres de la Iglesia; cristianos que, al parecer, habían olvidado que el fundador de su religión había dicho: «amarás al prójimo *como a ti mismo*», y no «más que a ti mismo». Uno de mis maestros, C.G. Jung, dejó esto bien claro en sus seminarios sobre el *Zarathustra* de Nietzsche. Pampínea demuestra con su lectura implícita del mandato neotestamentario estar situada en un cristianismo –lo que implica también una psicología– que ya no es antiguo ni medieval y que, precisamente por eso, despierta un eco en nosotros.

*La peste* (1947), de Albert Camus, es el segundo clásico que abordaremos. El fragmento seleccionado en el contexto de esta breve nota es el correspondiente a la conversación entre el personaje central, que no principal, el doctor Bernard Rieux, y uno de sus casi pares, el periodista Rambert. Es este un joven parisino que se encuentra en Orán documentándose para escribir un artículo y se ve sorprendido por la eclosión de la epidemia y el establecimiento de la correspondiente cuarentena. Se dirige al médico, principal responsable de las medidas de salud pública y de la atención a los enfermos, solicitándole un certificado que le permita salir de la ciudad para reunirse con la mujer a quien ama, convencido de que lo que allí sucede no es asunto suyo. Una actitud, como puede verse, similar a la de los protagonistas del *Decamerón*. Pero la solución al problema moral será, en este caso, diferente.

Rambert pide al doctor que tome en consideración su caso concreto, individual: él está (supuestamente) sano y es un forastero. ¿Por qué no puede marcharse de inmediato? Rieux responde que, como médico, no puede garantizar que no esté infectado o no pueda llegar a estarlo antes de salir. Tiene una responsabilidad que trasciende lo individual. Para Rambert esto no es más que frío cientifismo y atenuamiento riguroso a la teoría, la ley y la estadística: «Habla usted el lenguaje de la razón; usted vive en la abstracción». Y Rieux se lo concede, aunque matizando esto último:

¿Eran realmente la abstracción aquellos días pasados en el hospital donde la peste comía a dos carrillos llegando a quinientos el número medio de muertos por semana? Sí, en la desgracia había una parte de abstracción y de irrealidad. Pero cuando la abstracción se pone a matarle a uno, es preciso que uno se ocupe de la abstracción.

Aunque en su fuero interno reconoce que el joven tiene derecho a luchar por su libertad y se propone no intervenir si llega a conseguir un salvoconducto fraudulento, lo que acaba sucediendo. Pero en el ínterin Rambert ha aceptado colaborar con Rieux y su equipo de voluntarios en los hospitales improvisados. Ha *visto*. Ya con la fuga a punto de realizarse de manera clandestina decidirá quedarse porque «uno puede tener vergüenza de ser el único en ser feliz».

La obligada brevedad de este texto me exime, y sobre todo libera a quien pueda leerlo, de acabar con una moraleja o una aclaración de lo que se explica por sí mismo. Son textos que en cualquier circunstancia despiertan ecos en nuestro interior; y las de ahora no son circunstancias cualesquiera.

© *Luis Montiel*

*Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad Complutense de Madrid.  
Codirector de la Cátedra Extraordinaria UCM-Farmamundi Derecho a la Salud y  
Acceso a Medicamentos.*

## De nuevo, en «estado de sitio»

José Luis Peset

*Instituto de Historia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)*



Se van a cumplir cincuenta años de la traducción para Alianza Editorial, por Pedro Laín Entralgo y Milagro Laín Martínez<sup>1</sup>, de la obra de Albert Camus, *L'État de siège*. Una bella traducción, con un interesante prólogo, en el que los autores agradecen que Camus situara la acción en Cádiz, un lugar siempre amado por ellos. Y hoy puede ser momento apropiado para retornar a las calles cerradas de la ciudad atlántica. Milagro Laín recuerda aún hoy la pasión sentida por el autor francés en aquella época, nunca abandonada, en la que un renaciente feminismo podía verse retratado en ciertos personajes de la obra. Al traducirla, quisieron además ver en la obra un reconocimiento al liberalismo gaditano, inicio de la modernización política española, pues para ellos la trama va desde la opresión del viejo régimen, el de las pragmáticas, señalan con Pío Baroja, al heroísmo de los primeros liberales, pasando por las horcas de la Peste y su Secretaria, la muerte. Representa la primera puesta en pie de la España liberal, a la que tanto sufrimiento y dolor le costaría seguir adelante tras el regreso del (no) deseado Fernando VII.

El interés de Camus por España fue constante, como así lo muestra su admiración por la República y su profundo dolor ante el ascenso del fascismo y la imposición franquista. Escribió sobre los sucesos de Asturias y dio cuenta de sus propias interpretaciones y generosos deseos en notables páginas sobre España. Su madre –a la que tanto confesó deber– era de origen español, y en *Estado de sitio*, la pieza teatral que ahora evocamos, el protagonismo femenino fue para su admirada amiga María Casares, otra españo-

---

1. Camus, A. (1972) [1948]. *El estado de sitio*. Madrid: Alianza Editorial [Traducción de Pedro Laín Entralgo y Milagro Laín Martínez].

la. Victoria y los coros de mujeres constituyen una base fuerte para la obra. A los comentarios críticos de Gabriel Marcel atribuyéndole no hacer una condena clara del totalitarismo estalinista, contestó Camus recordando los crímenes del franquismo y la ignorancia y el olvido de Europa ante ellos, incluso por la democrática Francia. Era sin duda una atribución condenatoria injusta dirigida a alguien que procuró mantener, en tiempos tan complejos, un comportamiento personal honesto y ecuánime, alguien que siempre intentaría afrontar un compromiso veraz e independiente.

Hay motivos por tanto para aquella localización andaluza, siendo Cádiz como es la patria del liberalismo hispano, atribución legítima conseguida mediante duras luchas contra los ejércitos enemigos y, lo que quiero subrayar aquí, en batallas tan duras como inciertas con una grave epidemia. En efecto, desde las Américas y desde 1800, llevada por navíos, había llegado a su próspero puerto la fiebre amarilla, el entonces llamado vómito negro. Aquellos importantes y densos meses de legislación dirigida a cambiar el país también fueron acompañados por el terrible padecer de la enfermedad, que no dejó de afectar a los diputados. Los Cortes debieron trasladarse y protegerse en la sitiada Cádiz, y los ejércitos enemigos, la fiebre y sus secuelas, y todo tipo de carencias y privaciones configuraron el perfil heroico de muchos de los personajes que, después, seguirían sufriendo el castigo maldito de la represión política en un país empeñado en volver hacia atrás<sup>2</sup>.

Escrita esta pieza teatral inmediatamente después de *La peste*, y estrenada en 1948, *L'État de siège* no era, como su propio autor se cuidaría de asegurar, una teatralización de la novela. Sin embargo, como señalaba su editor en Gallimard, Pierre-Louis Rey<sup>3</sup>, sería imposible que entre ambas creaciones no hubiese relación. La misma y terrible enfermedad, personajes médicos, eclesiásticos y funcionarios se dan la mano en uno y otro texto. Pero la cuidada observación de la acción de la epidemia y los tratamientos médicos desaparecen al llevarse el asunto a las tablas. Ni siquiera el perso-

---

2. Peset, M. y Peset, J.L. (1972). *Muerte en España*. Madrid: Seminarios y Ediciones. Blanco Villero, J.M. y García-Cubillana de la Cruz, J. M. (Eds.). (2013). *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz*. Cádiz: Universidad de Cádiz y Sílex. Hernández Villalba, P. (2014). © [La Sanidad Pública y la influencia de la fiebre amarilla en torno al debate constitucional de 1812](#). *Revista de Historiografía*, 20, 59-73.

3. Camus, A. (1949). *L'État de siège*, París: Éditions Gallimard [Édition de Pierre-Louis Rey].

naje central que podría actuar como médico, que es Diego, ejerce como tal ahora. Y no hay desde luego ni el enfoque espiritual del jesuita, ni el éxito de las medidas médicas que aparecen en la novela. En *La peste* hay una verdadera guerra –librada en varios frentes– contra la enfermedad, y es oportuno recordar que en medicina con frecuencia se habla de armas, combates y guerras. Lenguaje metafórico que podría tener su origen en el pensamiento clásico sobre una naturaleza siempre animada y que se encarna tanto en dioses como en hombres, en eterna discordia. Así Apolo con sus flechas puede hacer enfermar de peste a los griegos en los versos homéricos. Sin duda, la salud y la enfermedad son elementos de la evolución de la vida en la naturaleza, muchas veces en conflicto, algunas crueles.

En *L'État de siège* Camus cambia el enfoque. El motivo es que aquí no trata sobre la enfermedad ni sobre la medicina, la primera temida, la segunda admirada. Trata de la peste parda, el totalitarismo. Por eso Diego se despoja de los atributos de los médicos y no actúa como tal. Por eso también el cierre de la ciudad, la reglamentación, las medidas de protección no son entendidas como tales, como armas contra la enfermedad, sino como medidas de control, de culpabilización y castigo adoptadas por los nuevos poderes despóticos. Camus quiso limitarse a una descripción del mal desde aspectos morales y políticos. Hay que recordar que estas obras están escritas en los mismos años en que George Orwell redacta *1984*, y aunque hay una rara edición en 1938 de *El Castillo* de Franz Kafka, esta obra será publicada en 1947 por Gallimard, donde Camus trabajó. Asimismo, *Brave New World*, de Aldous Huxley, aunque traducida antes de la guerra, tiene por esa época notables reediciones. Y es claro que esa ciudad dominada por la Peste y su Secretaria, en la que los funcionarios imponen leyes y reglamentos, con marcas en forma de estrellas, interminables estadísticas y miles de papeles tan inútiles como imposibles, nos recuerdan a estos otros autores. También a esos mundos pretendida e irónicamente «felices» y burocratizados, en los que solo son posibles emociones como el desconsuelo y el miedo, la cobardía y la traición, estados de ánimo impuestos por el sufrimiento y la muerte.

El régimen del terror –afirma el dramaturgo– solo puede ser combatido por hombres y mujeres valientes, pero también por la naturaleza. Hombres que gracias a las ideas de libertad se convierten en héroes –quizá en dioses, en la figura de Cristo–, y mujeres que gracias al amor y a su estrecha liga-

zón a la tierra logran la salvación, diosas madres ellas también. Y en fin la naturaleza, que se muestra desaparecida tras los telones en que se representa a la peste, sus estrellas y sus muertes. Por eso muchos críticos –como nos recuerda el editor Rey– soñaron que la obra se representara al aire libre. De hecho, en ella son constantes las referencias a los mares y vientos, a las flores y frutos, también a las estrellas y cometas que irán marcando la peste, que para el caso de Londres en 1665 novelara Daniel Defoe en 1722.

Se ha recordado que Albert Camus quiso construir una nueva forma de tragedia moderna a partir de aquel encargo que le hizo Jean-Louis Barrault, quien había pensado teatralizar *A Journal of the Plague Year*, la obra de Defoe. Una obra que reuniese a Esquilo y a Aristófanes, sin olvidar los lejanos autos sacramentales, ni la presencia de lo cotidiano. Constituiría una reflexión sobre el individuo y la sociedad, la justicia y la moral, en fin, el cosmos y la naturaleza toda. Se representó con música de Honegger y decorados y vestuario de Balthus. Pero aquel intento de abarcar formas de expresión tan distintas, preocupaciones políticas y morales tan variadas, sería quizá la causa de su fracaso, resistiendo solo unas cuantas representaciones y recibiendo duras críticas. Con todo, y en cierto sentido, puede recordarnos a aquella otra obra que alcanzara un gran éxito, el *Marat-Sade* de Peter Weiss<sup>4</sup>. En esta, en un mundo más pequeño todavía (los muros del manicomio de Charenton), se enfrentarán una vez más el terror y el dolor con el placer y la naturaleza.

En la obra del escritor francés y argelino quedará sin embargo desplegada una terrible reflexión sobre cómo la moral y la justicia naufragan en manos de sistemas políticos totalitarios, que pretenden sustituir al viejo dios, empleando con mano cruel argumentos que parecen venidos de la razón y del saber. La urgencia de hacerle frente lleva a que el autor nos hable de esa nueva peste, no de la negra de Florencia, ni de la amarilla de Cádiz, sino de la parda del totalitarismo. Quiso estar Camus en la guerra, se acercó a la resistencia, y criticó por doquier la violencia, la injusticia y la marginación. Aunque la vida –tras la proclamada «muerte de dios» nietzscheana– pueda

---

4. Peset, J.L. (2018). Marat (y también Sade) en España. En R. Huertas (Coord.), *La locura en los productos culturales de la Transición* (pp. 15-41). Madrid: Catarata.

carecer de sentido, nos queda la vida, y queda el ser humano y la naturaleza. Insistió Jean Daniel en hacer ver que Camus tenía un elaborado plan para su obra: primero el absurdo, luego la rebelión, y finalmente el amor.

Por eso desprende esta obra un enorme romanticismo, mostrado tanto en la muerte de Diego, arrastrado por las ideas y el valor en busca de la libertad, como en las mujeres, que en su pasión más carnal perpetúan la vida y la naturaleza. Ideas que se unen a ese extendido sentimiento europeo de una España heroica y novelera, que vive, como nadie, la vida y la muerte. Un conjunto de ideas preconcebidas –sobre los géneros y sobre la naturaleza de un país, España– que, sin dejar de ser amables y atractivas, son también eminentemente tradicionales. Centremos pues el interés en el empeño de Camus en hacer frente a los totalitarismos, que no pueden sustituir legítimamente a ningún poder antiguo, despótico o divino. Afirmaba el propio Daniel que la obra de Camus aumentaba con el tiempo su influjo, pues es bien cierto que:

El combate contra el absoluto, la rebelión a escala humana, la aceptación de que el hombre debe acometer el oficio de hombre sin la certeza del éxito ni promesas de salvación, son ideas que alimentan más o menos directamente la obra de numerosos pensadores y ensayistas de todos los países<sup>5</sup>.

Así no es extraño que renazca el interés por este texto en épocas de miedo a la enfermedad y al terror que provoca la epidemia, con su riesgo de desprecio de la vida y la ruina de la naturaleza. Y también en épocas de crisis y penurias, con amenazas de injusticias con «el otro», despotismos políticos y destrucción de la naturaleza.

© *José Luis Peset*

*Profesor Vinculado ad honorem en el Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).*

---

5. Daniel, J. (7 de diciembre de 2007). © *Camus, nuestro contemporáneo*. *El País*.

# Primavera silenciosa en el planeta COVID-19<sup>1</sup>

Carlos Tabernero

*Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Història de la Ciència*



**D**e pronto, vivimos en el planeta COVID-19. La pandemia lo secuestra todo con su aplastante cotidianeidad. No solo debido a su manto de dolor y muerte, o al confinamiento decretado en casi todas partes y que ha trastocado nuestro día a día, sino también a su sombría proyección de futuro, en el ámbito socio-económico, debido al inédito parón de la actividad productiva y sus consecuencias en términos de desigualdad y miseria, y en el epidemiológico, por las oleadas que vendrán. Me resulta imposible no pensar en las parábolas de desolación epidémica de Albert Camus<sup>2</sup> e Ingmar Bergman<sup>3</sup>. Porque Camus y Bergman utilizan la Historia, la Sociología, la Antropología, y un discernimiento psicológico particularmente penetrante, para hurgar en dinámicas socio-culturales contemporáneas a través de una tensión poética y narrativa en torno a la peste que hace que sus obras sean piezas claves en la historia del cine y de la literatura.

La COVID-19 tiene muchas de las características que convierten a las enfermedades infecciosas en elementos argumentales particularmente sugestivos para la literatura y el cine de ficción<sup>4</sup>. Las particularidades especialmente dramáticas de la enfermedad, su morbilidad en el mundo desarrollado y su aparente transversalidad en cuanto a clase, raza y género<sup>5</sup>, la ausencia de res-

---

1. Partes de este texto se publicarán próximamente en el libro del propio autor *La venganza de la naturaleza* (2020). Barcelona: UOC y se han introducido aquí con permiso del editor.

2. Camus, A. (1999) [1947]. *La peste*. Madrid: Unidad Editorial.

3. Bergman, I. (1957). *Det sjunde inseglet* [*El séptimo sello*]. Estocolmo: Svensk Filmindustri.

4. Tabernero, C. y Perdiguero-Gil, E. (2011). © [El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad](#). *Revista de Medicina y Cine*, 7(2), 44-53.

5. Harvey, D. (2020). © [Anti-Capitalist Politics in the Time of COVID-19](#). *Jacobin Magazine*.

puestas científico-médicas inmediatas, y sus elevados niveles de contagio y mortalidad, que la hacen más trágicamente visible por el colapso de sistemas de salud pública diezmados por agresivas políticas neoliberales, son el caldo de cultivo perfecto para narrativas de terror y ciencia-ficción. La respuesta político-mediática, en efecto, ha recogido esta tradición narrativa para infundir miedo y poner en práctica medidas de control social hasta hace unos meses inimaginables más allá de las novelas, los comics o las pantallas de cine y televisión. Películas como *Outbreak* / *Estallido* (Wolfgang Petersen, 1995) o *Contagion* / *Contagio* (Steven Soderbergh, 2011) han dejado de pronto de ser terror especulativo y se han convertido en *thrillers* convencionales.

La COVID-19 nos ha arrojado de un día para otro a una realidad que hasta hace nada nos parecía de ciencia-ficción apocalíptica. En la ciudad confinada, el silencio, sobre todo cuando cae la noche, es sobrecogedor. Experimentamos así una suerte de *primavera silenciosa*. La referencia a Rachel Carson<sup>6</sup> nos recuerda que las epidemias forman parte de encrucijadas medioambientales: contaminación de la tierra, el aire y el agua, sobreexplotación de recursos; emisiones desbocadas de gases de efecto invernadero, destrucción sistemática de ecosistemas y biodiversidad, desequilibrios demográficos y socio-económicos en el delirio del consumo desenfrenado; que nos enfrentan a nuestros modos de vivir (o morir)<sup>7</sup>. Pero películas como las de Petersen y Soderbergh establecen sistemas de causalidad y resolución que no hacen sino amplificar, para su encaje en el mercado occidental, crueles estereotipos coloniales, de clase, género y raza, obviando una mirada más rigurosa y amplia.

Desde la ciencia-ficción (y el cine fantástico y de terror), sin embargo, se pueden explorar con peculiar libertad narrativa todas estas circunstancias, incluidos nuestros miedos, personales y comunitarios<sup>8</sup>. En este sentido, dos películas relativamente recientes proponen análisis particularmente turba-

---

6. Carson, R. (2000) [1962]. *Silent spring*. Londres: Penguin Modern Classics.

7. Moore, J.W. (2015). *Capitalism in the web of life. Ecology and the accumulation of capital*. Londres y Nueva York: Verso. Haraway, D. (2016). *Staying with the trouble. Making kin in the Chthulucene*. Durham y Londres: Duke University Press. Vargas, F. (2019). *L'humanité en péril*. París: Flammarion.

8. Taberero, C. y Perdiguero-Gil, E. (2016). © [Cine y medicina: imágenes sobre la salud y la enfermedad](#). En S. Brigidi (Ed.), *Cultura, Salud, Cine y Televisión* (pp. 257-294). Tarragona: Publicacions URV. Taberero, C. (2016). *Terapias de cine*. Barcelona: UOC.

dores (y apropiados para el planeta COVID-19) de las conexiones entre el camino hacia la catástrofe medioambiental, el brote y la expansión de epidemias letales, y los entresijos socio-políticos de la respuesta colectiva; se trata de *Children of men* / *Hijos de los hombres* (Alfonso Cuarón, 2006) y *The host* (Bong Joon-ho, 2006)<sup>9</sup>.

*Shantih, Shantih, Shantih*. Paz. Tres veces. Como un mantra. La película *Children of men* (Alfonso Cuarón, 2006) termina citando el final y funciona formalmente, de hecho, como el poema de T.S. Eliot *The Waste Land*<sup>10</sup>. Cuarón nos sumerge de inmediato en una travesía desquiciada en la que acompañamos a Theo, su involuntario conductor, en un abstruso viaje de revelación y reconocimiento. En él, se confunden sin solución de continuidad una enfermedad perversa, el paisaje arruinado y abarrotado de incalculables refugiados, una voracidad institucional y corporativa devastadora, y la más absoluta desesperanza. De la plétora de referencias que enhebran la tragedia, sobresalen dos (respondiendo al ánimo de la novela de P.D. James<sup>11</sup> en la que se basa) que funcionan transversalmente para construir un relato de continuidad histórica sobre el que cimentar algún trasfondo para la reflexión. El primer motivo es la piedad, la madre que llora desconsoladamente el cadáver de un hijo, la imagen más patética del dolor y la impotencia. En la película, y bajo el signo de la pandemia de esterilidad que va a acabar con la especie humana, la piedad conecta el absurdo linchamiento de la persona más joven del planeta, como si fuera el ritual de conclusión de un nefasto *reality* televisivo; la codicia descerebrada de los empresarios/políticos que ejercen de gestores del caos (epidémico y medioambiental; económico y político-social); conflictos en los que la nación, la religión o cualquier tipo de bandera sirve de excusa para exclusiones innumbrables; y la historia personal y destrucción final del protagonista al que acompañamos. La pandemia es el paisaje. Y no hay refugio.

El segundo motivo es la Natividad. Tan poderosa en sus evocaciones como la primera, quiere ser antídoto contra los horrores de esta distopía implacable. Pero su misma anunciación la desmiente: el establo bíblico es aquí una

---

9. Taberner, C. (2020). *La venganza de la naturaleza*. Barcelona: UOC.

10. Eliot, T.S. (1934) [1925]. © [Poems 1909-1925](#). Londres: Faber & Faber Limited, pp. 81-109.

11. James, P.D. (2010) [1992]. *The children of men*. Londres: Faber & Faber.

explotación agropecuaria industrial, y la revelación (de la superación de la epidemia) se produce en medio de vacas hacinadas, emparentadas con los cadáveres sembrados por ciénagas de residuos industriales que se pierden hasta el horizonte dentado por docenas de chimeneas humeantes. En Kee (*la llave*, como *key*, en inglés) y en su hija recién nacida, la esperanza, se conjuran todas las humillaciones, la injusticia y los desequilibrios acumulados durante siglos de arrogante vileza que han llevado a la humanidad a su fracaso. Porque son proletarias. Porque son mujeres. Y porque son negras.

Theo ayuda a Kee y a su hija a esquivar los intereses propagandísticos (y comerciales) que en ellas ven todos los que juegan con el significado de la pandemia y sus conexiones estructurales y medioambientales; y en un mar neblinoso, también de ecos bíblicos, las deja en manos de un oscuro colectivo supuestamente antisistema, cuyo barco nos recuerda al *Rainbow Warrior* de *Greenpeace*. Tal vez sea cuestión de empatía convertida en voluntad comunitaria. *Shantih*.

En *The host* (Bong Joon-ho, 2006), en una lúgubre morgue militar, un médico norteamericano le ordena a su ayudante coreano que vierta una gran cantidad de formaldehído por el fregadero. Le molesta el polvo que se acumula en las botellas, da una inaceptable apariencia de suciedad. Hace caso omiso a las protestas de su ayudante, que le indica que el formaldehído irá a parar a las aguas del río Han. La jerarquía se impone, el ayudante cumple la orden. Bong Joon-ho establece así la locura institucional que va a ocasionar un desastre medioambiental de dimensiones inesperadas. Años después del vertido, aparece una inquietante criatura colgada de un puente. Ante el asombro de aquellos que disfrutaban de una tarde soleada a orillas del Han, el estrambótico organismo decide darse un festín con ellos. Desde un autobús turístico, una grabación alerta a los viajeros para que no se pierdan el hermoso parque junto al río. La criatura y la multitud presa del pánico forman parte del espectáculo. Tal vez es una película de ciencia ficción. Tal vez no.

El ejército norteamericano hace de nuevo su aparición para intentar resolver el desaguisado (y, de paso, ocultar su origen). Con la dócil complicidad de las autoridades locales, inventan un virus, una epidemia, y ponen a la población en cuarentena. Lo esencial, sin embargo, no es el parche conspirativo, sino el hecho de que el confinamiento no es una consecuencia de un sentimiento de solidaridad, sino del miedo, la confusión, el estigma y la sospecha,

de la ausencia de un tejido social (emocional, intelectual, comunitario) que permita superar la prescripción letal de indolencia y empatía de mercadillo para así afrontar el problema desde la comunidad.

La criatura se lleva a la hija de Gang-du, un hombre ingenuo que se duerme en todas partes (se comenta que por un déficit de nutrientes en su infancia debido a una obsesión de alimentarse solo de productos *ecológicos*). Su familia rompe el cerco militar para rescatar a la niña secuestrada y Gang-du descubre la verdad sobre el virus. Pero nadie le hace caso porque lo consideran incapaz y el ejército intenta practicarle una lobotomía para silenciarlo. El gobierno, mientras tanto, decide utilizar «agente amarillo» (elemento ficticio que remite a la guerra química y a tecnologías represivas) para vencer al monstruo. Una multitud, contenida por una barrera policial, se manifiesta contra un remedio que sin duda agravará el problema. El gobierno rocía a la multitud que, intoxicada, escupe sangre. La criatura queda momentáneamente aturdida, pero no muere. Gang-du recupera a su hija, muerta, y, loco de rabia y dolor, asesta el golpe final empalando al monstruo con el poste de una señal arrancada que avisaba del peligro biológico.

Más allá de un rutinario periplo de héroes para mostrar la maldad o la ceguera de quienes habitan el poder político y económico, o para construir la moraleja de que necesitamos una catástrofe para hacer propósito de la enmienda, *The host* (como *Children of men*) subraya un buen número de factores históricos, sociológicos, políticos, económicos y psicológicos que intervienen en los procesos transversales de destrucción medioambiental y, con el concurso de epidemias, de la comunidad.

La COVID-19 nos muestra, como estas extraordinarias narrativas, las profundas contradicciones en nuestra forma de organizarnos, así como el difícil equilibrio entre la gratificación inmediata de la comodidad, la solidaridad espontánea y cotidiana, y la estulticia y crueldad de algunos que, desde sus posiciones de gestión, persisten en obtener rédito político o económico a costa del sufrimiento y de la muerte. No es una venganza de la naturaleza, sino una expresión de nuestra incapacidad, si no reaccionamos de una vez por todas, para actuar contra conjunciones letales de mezquindad y desidia. El cine bien puede servir de revulsivo.

© [Carlos Tabernero](#)

*Profesor Agregado de Historia de la Ciencia en la Universitat Autònoma de Barcelona.*

