

Foro en Claves
Historiografía y crisis epidemiológicas
Pasado y presente, similitudes y disonancias

Entrevista

Ana María Carrillo

Universidad Nacional Autónoma de México

Históricamente, las pandemias han acentuado brechas entre países y clases sociales, pero son oportunidades para plantear políticas públicas de largo plazo

Historically, pandemics have accentuated gaps between countries and social classes, but they are opportunities to propose long-term public policies

DOI: <https://doi.org/10.25032/crh.v6i10.18>

1. A manera de presentación: ¿Qué tema/s ha investigado en relación con el impacto de epidemias y pandemias en nuestra región? ¿Qué la impulsó a abordar esta temática?

Dos de los temas en que he centrado mis investigaciones históricas son los problemas colectivos de salud (endemias, epidemias y pandemias) y la salud pública; es decir, la respuesta socialmente organizada para enfrentar la enfermedad y promover el bien vivir. La razón general por la que me he dedicado a ellos es mi convencimiento de que la historia de un país no puede ser bien entendida sin saber lo que la salud, la enfermedad y la atención han sido en y para él. Me he ocupado básicamente de México, aunque en ocasiones he analizado las relaciones con otros países.

He estudiado algunos aspectos de la lucha contra la viruela, el cólera, la peste, la fiebre amarilla, el tifo, la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, la lepra, el cáncer, el mal del pinto, la poliomielitis, el sida y la influenza. Ha habido razones particulares por

las que me he interesado por cada una de estas enfermedades. La tuberculosis, un ejemplo, es un padecimiento que ha estado, más que otros, relacionado con el nivel de vida de la población y las condiciones de trabajo, así como con la lucha por la seguridad social. La viruela, otro ejemplo, fue la primera enfermedad que pudo ser prevenida por vacunación, por lo que hubo campañas para prevenirla desde el siglo XIX, y es también la única enfermedad que ha sido erradicada del planeta.

Algunas de las epidemias que he investigado fueron parte de pandemias históricas. Tal fue el caso de las epidemias de cólera de 1833, 1850 y 1882, que correspondieron a la segunda, tercera y cuarta pandemias; o la epidemia de peste bubónica que afectó a México en 1902 y 1903, y fue parte de la tercera pandemia de esa enfermedad. Esto permite compararlas con las ocurridas en otros lugares. En 2009, participé —con historiadores de la salud pública de Brasil y Argentina— en un debate electrónico organizado por la revista *História, Ciência, Saúde. Manguinhos*, sobre las pandemias de influenza o gripe de 1918-1919 y de 2009, en varios países de América Latina. La idea era comparar las respuestas de los gobiernos, el papel de la prensa, los remedios preventivos y los tratamientos, las reacciones populares, así como los miedos y esperanzas, en los diferentes países y en una y otra emergencia sanitaria mundial. Como historiadora de la salud pública puedo decir que esta emergencia sanitaria me ha acercado a mi objeto de estudio, pues ciertamente no es lo mismo estudiar una pandemia que vivirla.

2. A la luz de su experiencia de investigación ¿qué semejanzas y qué diferencias podría señalar entre las epidemias que afectaron la región en el pasado, con la actual pandemia de covid-19?

Hasta antes de la llegada de la covid-19, habría respondido a esta pregunta que prácticamente no había punto de comparación entre las epidemias o pandemias del pasado, y las que nosotros conocíamos. Los historiadores de la medicina estamos sorprendidos porque creíamos que una pandemia como esta solo la encontraríamos en documentos de archivo. Pienso que ahora podemos acercarnos a las vivencias de generaciones pasadas ante las emergencias sanitarias. Pero —al menos hasta este momento—, sigue habiendo diferencias significativas entre las pandemias del pasado, y la que hoy vivimos, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

Los aspectos cuantitativos tienen que ver con la frecuencia de los problemas

colectivos de salud, y también con el porcentaje de población afectada. En el pasado, cuando no había vacunas o las vacunas que habían sido desarrolladas eran pocas y un alto porcentaje de la población padecía desnutrición, era frecuente que una epidemia se retirara solo para dar paso a otra, o incluso que se asociaran epidemias de dos o más enfermedades. Por otro lado, las epidemias del pasado atacaban repentinamente a grandes grupos, y su huella era violenta por la morbilidad y mortalidad que causaban, aunque lo primero es más difícil de confirmar.

Por lo que toca a los aspectos cualitativos, esas epidemias pasadas tenían tintes más sobrecogedores que las que hemos conocido, y provocaban tribulaciones difíciles de describir. De acuerdo con relatos de contemporáneos, cuando una epidemia llegaba a alguna ciudad, emigraban quienes tenían los recursos para hacerlo; luego, esas ciudades quizá eran acordonadas, y quienes no habían querido o no habían logrado salir quedaban separados de golpe del resto del mundo, a veces sin comunicación y hasta sin alimentos; ni sacerdotes ni médicos se daban abasto con quienes enfermaban, y eran tantos los que morían, que los cadáveres eran hacinados en carretones, e inhumados anónimamente en tumbas colectivas; las conversaciones de todos se ocupaban de la epidemia reinante en ese momento, y en cuanto alguien se sentía enfermo, perdía la esperanza de alivio y se disponía a morir. Durante y después de estas emergencias, se producía un desplazamiento social que afectaba la vida de grupos enteros, sobre todo cuando las víctimas eran niños o adultos jóvenes.

Sin embargo, hay elementos comunes entre esas emergencias sanitarias del pasado y la que hoy vivimos. Si bien en el pasado aquéllas eran frecuentes —como antes señalé—, y en esta ocasión hubo anuncios de su llegada, las epidemias y pandemias toman siempre a las sociedades por sorpresa. Otro elemento común es el temor que se experimenta ante la multiplicación de los enfermos y los fallecidos, entre los que empieza a haber conocidos. Uno más, es el hecho de que las pandemias suelen afectar no solo a todos o casi todos los países, sino también a personas de todas las condiciones sociales; sin embargo, hacen evidentes las inequidades que existen en todos niveles, ya que no se distribuyen de manera uniforme, ni entre las diferentes regiones geográficas ni entre las diferentes clases sociales.

Pero, creo que la característica común más importante es que los microbios nunca han sido causa suficiente para engendrar una epidemia y, menos aun una

pandemia; en su surgimiento y mayor o menor gravedad intervenían antes, como intervienen ahora, relaciones anómalas de los seres humanos entre sí (guerra, migraciones forzadas, explotación económica, pobreza, hambre), y de los hombres con el medio ambiente (deforestación, minería, cría industrial de animales y caza). Por eso, en mi opinión, deberíamos discutir desde varias disciplinas —incluyendo a la Historia— la definición de pandemia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

3. ¿Qué similitudes y qué disonancias podría señalar en relación con la forma en que los estados de la región y sus respectivas sociedades enfrentaron en el pasado sus crisis epidemiológicas y las reacciones provocadas por la actual emergencia sanitaria?

La pandemia de covid-19 —que, en opinión de varios pensadores, como Frank Snowden, es la primera de la globalización, y producto de ella— es diferente de cualquiera que la humanidad haya vivido antes. Pero también hubo grandes disimilitudes entre unas y otras pandemias del pasado; por pensar en ejemplos extremos, la primera pandemia de peste del siglo VI, la segunda del siglo XIV o la tercera del siglo XIX (ocurridas, respectivamente a finales de la Antigüedad, a finales del Medioevo y en la época capitalista).

La respuesta social a estas crisis ha dependido por un lado del saber médico, y por otro, de la voluntad política en cada momento. Hasta el último tercio del siglo XIX, poco pudo hacerse ante la devastación causada por las pandemias, porque la medicina desconocía tanto la causa de las enfermedades, como el modo en el que se transmitían, y no contaba con tratamientos efectivos. Eso no quiere decir que la sociedad no actuara ante las contingencias. Los métodos para combatir la propagación de las enfermedades infectocontagiosas eran el aislamiento por un lado y la desinfección y el saneamiento por el otro.

La segunda pandemia de cólera (1826-1837) causó la muerte de aproximadamente 10 % de las poblaciones por donde pasó, que fueron casi todas las del mundo. En esa época, no había cura para la enfermedad, y quienes la padecían podían deshidratarse y fallecer en pocas horas, por lo que su recorrido se seguía con terror. Para algunos, la pandemia era resultado de los pecados; otros en cambio, encontraron su causa en las condiciones antihigiénicas en que vivían y trabajaban los pobres del mundo, y buscaron modificarlas por medio del saneamiento de los recintos urbanos. Tales políticas fueron positivas, pero no lograron controlar el cólera porque

aún no se entendía el papel que el agua contaminada desempeña en su transmisión.

En cambio, contra las epidemias de peste de finales del siglo XIX y principios del XX se organizaron campañas basadas en los descubrimientos entonces recientes de la bacteriología, la medicina tropical y la inmunología (pues Alexandre Yersin había identificado el agente causal: la *Yersinia pestis*; Paul L. Simond había mostrado que la enfermedad se trasmite a través de las pulgas de las ratas, y los médicos contaban ya con dos vacunas preventivas y un suero curativo). La aplicación de estas políticas fue efectiva, y tuvo más éxito donde hubo voluntad política para llevar a cabo acciones, y estas incluyeron también el mejoramiento de la higiene privada y pública.

Con el argumento de que las epidemias y pandemias son momentos excepcionales en la historia de los pueblos, los Estados emplearon contra ellas medidas de control, como la destrucción de habitaciones o el traslado obligatorio de los enfermos a lazaretos, y esto se hizo con más frecuencia entre los pobres; de modo que las epidemias y más aún las pandemias profundizaban las desigualdades sociales, pero las políticas sanitarias lo hacían aún más. Hoy esta historia se repite, pues además de que los pobres tienen en casi todos los países diferente acceso a la atención médica, son los más afectados por las cuarentenas, pues viven al día.

En las pandemias, muchas cosas suelen ser inciertas, y la actual pandemia de covid-19 no es la excepción. Las ciencias médicas han identificado el agente causal: el virus SARS-CoV-2, aunque aún hay sobre su comportamiento muchas preguntas sin respuesta; saben que la transmisión se da de persona a persona a través de las gotas que se expelen al estornudar o toser, pero desconocen cuánto tiempo permanece el nuevo coronavirus en ciertos objetos; han identificado los grupos de mayor riesgo: mayores de 60 años y personas con comorbilidades, pero no pueden predecir cuándo empeorará el cuadro de un enfermo; tampoco cuánto durará la epidemia en cada país, cuánta gente morirá a causa de ella o si se convertirá en endémica. Y todo ello es causa de temor.

Por otro lado, se carece de una vacuna para prevenirla y de un tratamiento específico. Quizá por eso se ha optado por estrategias del pasado, como la cuarentena. Pero si en el pasado se buscaba evitar el contagio por ese medio, en la actual pandemia se ha recurrido al aislamiento, no para eliminar la propagación de la enfermedad, sino

para reducir la velocidad de su transmisión y evitar el colapso de los hospitales. En las epidemias del pasado, solía recurrirse también al cierre de escuelas y comercios, y la cancelación de actividades culturales y celebraciones públicas; pero que el mundo entero, casi al mismo tiempo, esté aislado, es un fenómeno inédito.

Por otro lado, los medios con que cuentan las autoridades sanitarias de la región para enfrentar la pandemia actual se fueron desarrollando en pasadas pandemias. El surgimiento de ministerios de salud, la promulgación de códigos sanitarios y la creación de organismos sanitarios internacionales, como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se dieron a partir de pandemias, por la necesidad de realizar la vigilancia epidemiológica, a nivel nacional e internacional.

4. ¿Cuáles son, en su opinión, los aportes más significativos que la investigación histórica sobre el impacto de epidemias y pandemias puede ofrecer en la presente coyuntura a nuestras sociedades?

Sin duda, la investigación histórica de epidemias y pandemias puede contribuir a la comprensión tanto del problema que hoy enfrentamos, como del origen de nuestros sistemas de salud pública nacional e internacional; pero —como antes comenté— en ningún momento debemos olvidar que las contingencias sanitarias del pasado fueron muy diferentes unas de otras, y que la pandemia de covid-19 demanda respuestas acordes a nuestras circunstancias.

El estudio de pasadas pandemias muestra que la población tiene derecho a conocer el momento en que una pandemia llega a su país o ciudad, así como el número de enfermos y muertos, y esto no solo porque la información oportuna sobre la llegada de enfermedades epidémicas es un requerimiento internacional, sino porque la desinformación impide que se actúe ante ellas.

Revela también que el miedo ha llevado a las personas a buscar culpables de su situación: miembros de una etnia, una nacionalidad, un sexo, una orientación sexual, una clase social; los más atacados han sido, por lo general, los migrantes y los pobres. Esta búsqueda de chivos expiatorios ha tenido consecuencias funestas, que incluyen la discriminación, la expulsión de una región, el despojo de propiedades y hasta el asesinato.

Comportamientos irracionales como esos son una muestra más de que la

enfermedad y la muerte colectivas han hecho emerger, aún lo hacen, lo peor de algunas personas. Sin duda, han hecho germinar también lo mejor de otras, y frente a la voracidad de comerciantes o la huida de políticos o profesionales de la salud de los lugares infestados, ha habido siempre muestras de solidaridad proveniente de ciudadanos, asociaciones políticas o religiosas y naciones.

Las pandemias han sido oportunidades para plantear políticas públicas de largo plazo. Históricamente han atacado a todos, pero han acentuado brechas ya existentes entre países y entre clases sociales. Esto llevó, al menos desde el siglo XIX, a buscar modificar la higiene privada y pública. Quizá la política de *distanciamiento social* propuesta (¿impuesta?) por los organismos internacionales para afrontar la pandemia sea correcta; pero resultará insuficiente si no se actúa contra las condiciones de trabajo y de vida que ponen al agente causal en contacto con los susceptibles: hacinamiento, falta de servicios elementales, desnutrición, violencia. En el pasado, las emergencias sanitarias hicieron comprender la necesidad de que los Estados tuvieran un papel rector en salud, el cual perdieron en los últimos treinta años; tal vez la actual pandemia sea la coyuntura para que lo retomen.

Por otro lado, si bien detrás de cualquier pandemia del pasado hubo una crisis ecológica, la de covid-19 obliga a volver los ojos a la destrucción sistemática que la humanidad ha hecho de la naturaleza en el sistema capitalista, y que es responsable de las enfermedades emergentes o reemergentes de las últimas décadas. Casi todas las enfermedades transmitidas por mosquitos se iniciaron por la cría industrial de animales o la deforestación. Es el caso de la enfermedad por el virus del zika, el cual fue identificado por primera vez en 1947, en un mono Rhesus del bosque tropical de Zika, en Uganda, y hoy afecta a casi toda América Latina, donde la urbanización, las deficiencias en el sistema de salud y las inequidades sociales han contribuido a su propagación.

En suma, quizá este alto forzado en nuestra vida sea un llamado a seguir un nuevo modelo acorde con los Objetivos del Desarrollo Sostenible, que al tiempo que proteja el medio ambiente, garantice la equidad en salud, la justicia social y la expectativa de un nivel de vida adecuado, con la conciencia de que el daño a uno fue en el pasado, y es hoy, el daño a todos.◆