

Conocimiento, estigmatización y jerarquizaciones *racializadas* o clasistas en tiempos de epidemias

García, Claudia Mónica

Claudia Mónica García

Escuela de Ciencias, Humanas Universidad del
Rosario de Bogotá, Colombia

Claves. Revista de Historia

Universidad de la República, Uruguay
ISSN-e: 2393-6584
Periodicidad: Semestral
vol. 6, núm. 10, 2020
revistaclaves@fhuce.edu.uy

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/241/2411355018/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.25032/crh.v6i10.19>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

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

Yo soy historiadora colombiana e investigué hace varios años sobre cómo la comunidad de médicos colombianos del siglo XIX dio sentido a epidemias de «fiebres periódicas», como las llamaban entonces, de las regiones cálidas del interior del país.[1] Quería comprender por qué un puñado de médicos tomó la decisión de interesarse por estas epidemias, a las que les atribuían además una causa climática, idea poco común en la medicina contemporánea. Me parecía interesante explorar cómo los médicos describieron y explicaron dichas fiebres, pero además, cómo la noción de fiebres periódicas se transformó para dar lugar a las nociones contemporáneas de fiebre amarilla y malaria. El objetivo era explorar las comprensiones de las fiebres en el pasado evitando el presentismo — la explicación histórica a partir del juicio de la validez del saber pasado a partir de explicaciones contemporáneas— y el consecuente anacronismo. Encontré entonces que las epidemias de fiebre periódica que fueron objeto de mayor interés de los médicos decimonónicos colombianos fueron aquellas que empezaron a suceder en las regiones llamadas «cálidas» donde se producía tabaco, en las

riberas del río Magdalena, río que conectaba el interior del país y su centro político con el mundo Atlántico. El monopolio de la producción y venta del tabaco para consumo nacional era una de las fuentes de ingresos fiscales más importantes del virreinato de la Nueva Granada en la época colonial, y continuó siéndolo en la vida republicana hasta la década de 1860, cuando se incrementaron las exportaciones de este producto. Si bien epidemias de fiebres sucedieron en una de las poblaciones tabacaleras más importantes desde 1830, los médicos solo empezaron a explorar un poco más sistemáticamente estas fiebres durante las epidemias de los años 60s, la década de mayor boom económico exportador de tabaco. Los médicos comprendieron la importancia económica para el país de las regiones donde ocurrían esas fiebres y quisieron contribuir a su comprensión como una forma de ganar la batalla de legitimidad de su experticia frente al Estado y la sociedad colombiana. Ciertamente, esos años coinciden con quejas de los médicos frente a los «charlatanes» quienes competían con ellos por potenciales «clientes» y coinciden también con sus esfuerzos sistemáticos por constituir una asociación médica nacional y educación médica más estable que produjera conocimiento científico sobre las enfermedades locales. Las fiebres de las zonas tabacaleras eran una de estas patologías locales, a las que incluso dieron nombre propio, «fiebres del Magdalena».

En la defensa de ese origen local de las fiebres epidémicas de las zonas tabacaleras, los médicos favorecieron las nociones de determinismo climático de los seres vivos y de las enfermedades. Argumentaron que estas fiebres eran de origen local, causadas por miasmas originados en la putrefacción orgánica de los restos de la actividad tabacalera y en donde el clima determinaba la resistencia o susceptibilidad de algunas «razas» a dichas fiebres. Esta explicación también fue utilizada por estos médicos para cuestionar el conocimiento europeo sobre fiebres similares descritas en otras latitudes. Ciertamente, las fiebres periódicas de la variedad amarilla fueron consideradas en la literatura europea como fiebres únicamente de ciudades portuarias; si ocurrían en el interior de los países, como en las riberas de los ríos, era solo porque eran importadas de los puertos marítimos. En su defensa del origen local de las fiebres, los colombianos no solo negaron este argumento, sino que señalaron que no era necesario consultar textos de científicos europeos para entender las epidemias de fiebres periódicas puesto que ellos, contrario a los autores europeos, estarían en la situación privilegiada de estudiarlas en el mismo lugar de su producción.

Con el advenimiento de las nociones y tecnologías de la bacteriología médica y la inmunología en las últimas décadas del siglo XIX, y luego de que en la década del ochenta del siglo XIX sucedieran casos de fiebres periódicas endemoepidémicas, que ya no se limitaban a las riberas del río Magdalena sino que parecían ascender por las faldas de las montañas de los Andes, en dirección a la capital, las compresiones miasmáticas y climatológicas de las epidemias febriles se transformaron y lentamente dieron paso a su redefinición en las hoy llamadas fiebre amarilla y malaria. Estas últimas, consideradas en la era prebacteriológica como variedades de las familias de las fiebres periódicas, ahora fueron redefinidas como entidades ontológicamente diferenciadas a partir de las nuevas tecnologías diagnósticas. En el siglo XX, sin embargo, los médicos colombianos seguirían describiendo fiebres de origen local, sin conexión con puertos marítimos, posiblemente de fiebre amarilla, y para cuya comprensión ya

no usaban nociones miasmáticas ni de determinismo climático sino conceptos de la bacteriología y medicina tropical. Estas observaciones circularon solo entre médicos nacionales y parece que algo parecido sucedió en Brasil con fiebres que sucedían al interior del país, en el norte y en Minas Gerais. Solo sería en la década del treinta cuando se encontraría que los monos de los bosques eran reservorios de virus de fiebre amarilla y que podían originar epidemias en centros urbanos, sin conexión clara con un foco en una ciudad portuaria, que la comunidad científica internacional aceptó el origen local —selvático— de la fiebre. Pero esto requirió de proyectos de investigación de envergadura mayor y tecnologías más complejas, en una red internacional de investigadores en Estados Unidos, África y Latinoamérica financiada por la Fundación Rockefeller.

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?

Partiendo de que el énfasis en mi investigación fue sobre las formas en que comunidades de expertos dieron sentido a los fenómenos epidémicos de fiebres del siglo XIX y XX colombiano, y considerando que estas epidemias no son comparables con la actual pandemia (causada por la covid-19), de todas formas podría decir que una semejanza es que siempre debe haber una razón -más allá de la amenaza de enfermedad y muerte, etc.-, para que grupos de expertos o de interés se lancen a investigarlas y contenerlas a partir de perspectivas particulares. Y como historiadores, debemos explorar la naturaleza de ese interés y el contenido de esos enfoques. En el caso de las fiebres periódicas que investigué, los médicos colombianos decimonónicos se interesaron por las epidemias de fiebres porque afectaban la principal fuente de ingreso fiscal (exportación de tabaco) y decidieron hacer énfasis en el origen local de las fiebres, rechazando su importación, como creía la comunidad científica internacional, para destacar así su experticia por encima de médicos europeos, justo en el momento en que estaban defendiendo una medicina nacional y estableciendo límites con los charlatanes para ser reconocidos como expertos ante la sociedad colombiana. En el caso de la actual pandemia del coronavirus, aún si nos parece evidente que se investigue y busque la vacuna por la altísima tasa de transmisibilidad e infectividad del virus comparada con otros coronavirus (SARS-CoV1 y MERS-CoV) y considerando su relativa alta mortalidad (Kiplin *et al.*), también es cierto que la movilización de la comunidad médico-científica alrededor de tecnologías de inmunización (vacuna o seroterapia) y medicamentos, está conectada con oportunidades económicas de carácter empresarial que solo investigaciones futuras podrán revelar en detalle. Los casos de posibles presiones para obtener aprobaciones de recursos que favorezcan a empresas farmacéuticas que están buscando medicamentos para enfrentar la actual pandemia en los Estados Unidos sin estudios aparentemente completos sobre efectos nocivos en la población son ya tema de investigación legal (Cohen). Los médicos colombianos comenzaron a estudiar las fiebres de los climas cálidos no cuando ocurrieron las primeras epidemias, en los años treinta del siglo XIX, sino cuando el boom económico agroexportador estaría amenazado, según ellos, por epidemias en la década del sesenta del siglo XIX. Así pues, las razones para investigar una epidemia o

declarar incluso su existencia, involucran mucho más que el deseo de detener el sufrimiento y la muerte. Uno puede hacerse la misma pregunta con respecto al final de las epidemias. Recientemente, la historiadora de la medicina, Dora Vargha, de la Universidad de Exeter, invitaba a preguntarse sobre cuándo termina una epidemia y para quién termina a propósito de la actual pandemia.[2] La respuesta no es obvia y la pregunta no es irrelevante. ¿Cuándo se declarará controlada la pandemia de covid-19? ¿Por quién, para quién y en dónde?

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?

No he investigado este problema directamente. Pero pensaría que el grado de desarrollo de la ciudadanía social (derecho a trabajo, salud, educación) que paulatinamente se ha ganado en ciertas regiones pero que deja aún mucho que desear en países como Estados Unidos, con alrededor del 10 % de su población en condición de pobreza (~38 millones de personas)[3] o como en Colombia, con alrededor del 27 % de la población en condición de pobreza (13,4 millones de personas)[4], determina patrones diferentes de enfermedad que habría que explorar. Estoy hablando en términos de cómo estructuras sociales previas determinan qué grupos son más susceptibles de enfermar y morir en un momento de crisis como las epidemias, así sea solo por diferenciales en el acceso a servicios de salud como hemos visto en la actual pandemia. Pero también me refiero a estructuras de violencia de larga duración, muchas veces con complicidad de los estados. En un país con un racismo consuetudinario, como los Estados Unidos, algunos investigadores hablan, por ejemplo, de «capitalismo racista» para explicar por qué en ciudades como Detroit, el 40 % de los fallecidos por covid-19 son personas afrodescendientes cuando este grupo solo constituye el 14% de la población (Laster). Hay otro elemento común sobre las formas en que la sociedad reacciona y enfrenta las epidemias pasadas y la actual pandemia: el riesgo de estigmatización. La estereotipación previa de ciertos atributos considerados por algunos como negativos e indeseables (ser afrodescendiente, inmigrante o pobre) potencializa la estigmatización durante crisis epidémicas o pandémicas. La homofobia y estigmatización de la comunidad gay dentro del discurso médico durante la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana-VIH a comienzos de los años 80s es un caso paradigmático (Treichler).

Eventos como las crisis epidémicas también pueden ser usados por algunos para confirmar alguna jerarquización racializada o clasista y a la que médicos y científicos pueden contribuir con o sin intención. Por ejemplo, en las epidemias de fiebre del siglo XIX colombiano que investigué, algunos médicos indicaron que la resistencia de afrodescendientes a ciertas enfermedades de los climas cálidos podía tener que ver con siglos de aclimatación en su continente de origen, lo que los habría hecho fisiológicamente diferentes a los habitantes de climas fríos y también más propicios, de forma natural, al trabajo arduo de los climas cálidos. Esto no es sino el orden social justificado con argumentos científicos. En el caso de la pandemia actual, es notorio, por ejemplo, que las estadísticas sobre enfermos en mi país no contengan todavía con claridad información sobre el

perfil socioeconómico que generara riesgo de enfermar y morir. Si bien contamos con un sistema de salud de cobertura universal, solidario y con participación de empresas privadas, lo cierto es que la inequidad es alta (Colombia ocupa el lugar 16 en el mundo)[5] y no se está discutiendo abiertamente cómo se relaciona esta inequidad con el riesgo de enfermar durante la actual pandemia. Los sistemas de georreferenciación de casos que está usando la Secretaría de Salud de Bogotá para determinar la expansión de la epidemia de covid-19 y así definir medidas de aislamiento en tiempo real para cada localidad, podría ser una fuente maravillosa para este tipo de análisis.[6]

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?

Yo creo que la investigación histórica puede ayudar a señalar situaciones que pueden incrementar riesgos de grupos vulnerables ante las epidemias como la estigmatización o a llamar la atención sobre situaciones problemáticas que las crisis epidémicas ayudan visualizar y poner en el debate público, como la inequidad. Indudablemente el conocimiento histórico puede dar luces sobre las expectativas de grupos de interés en la toma de decisiones de política en salud en momentos de crisis, sobre vacíos críticos en información (grupos que se invisibilizan), sobre estructuras de violencia de más larga duración que aún si la crisis hace más visibles, habría que insistir en señalar y transformar.#

Referencias bibliográficas

- Cohen, John, «Emails offer look into whistleblower charges of cronyism behind potential COVID-19 drug», *Science*, mayo 13, 2020
- Guy, R. Kiplin, Robert S. DiPaola, Frank Romanelli y Rebecca E. Duthc, «Perspective. Rapid repurposing of drugs for COVID-19», *Science*, May 8, 2020.
- Laster Pirtle, Whitney N. «Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Inequities in the United States», *Health Education & Behavior*, abril 26, 2020.
- Treichler, P. A. (1987), «AIDS, homophobia and biomedical discourse: An epidemic of signification», *Cultural Studies*, Vol. 1, N.º 3, pp. 263-305.

Notas

- [1] Ver publicaciones en: <http://orcid.org/0000-0003-0872-2772>.
- [2] Webinar AAHM – Pandemic, Creating a Usable Past: Epidemic History, covid-19, and the Future of Health, May 8-9, 2020: <http://www.histmed.org/epidemic-history>
- [3]<https://www.povertyusa.org/facts>, accedido el 18 de junio de 2020.
- [4]DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad>, accedido el 18 de junio de 2020.

[5] <https://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/SI.POV.GINI/rankings> consultado el 20 de mayo de 2020.

[6] Observatorio de Salud de Bogotá. Datos de salud de enfermedades transmisibles: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/> accedido el 17 de mayo de 2020