

# IBEROAMÉRICA SOCIAL

Revista-red de estudios sociales

ISSN: 2341-0485

## LA PANDEMIA Y EL ROL DE LAS CIENCIAS SOCIALES

Nº Especial vol. IV

Febrero 2021



## **RESPONSABLE EDITORIAL**

Jose María Barroso Tristán [Universidad Internacional de La Rioja, La Rioja, España]

## **COORDINADOR DOSSIER**

Marx José Gómez Liendo [Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, San Antonio de los Altos, Venezuela]

## **CONSEJO EDITORIAL**

Carlos Benítez Trinidad [Universidad Santiago de Compostela, Santiago, España], Larissa Mehl [Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza Argentina], Raúl Anthony Olmedo Neri [Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México], Agata Bloch [Institute of Iberian and Ibero-American Studies, Varsovia, Polonia], Ludmila Pereira de Almeida [Universidade Federal de Goiás, Brasil], Laura Sampietro [Independiente]

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

Fernando Manzano [National Scientific and Technical Research Council, Buenos Aires, Argentina], María Luisa Mussot [Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México], Mariano Acciardi [Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina], Jara Romero Luque [Universidad de Granada, Granada, España], Rocío Moreno Cabanillas [Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España], Bosco Camilo Gonzalez [Universidad Arcis, Santiago, Chile], Laura Alvarez-Trigo [Universidad Alcalá, Madrid, España], Esteban Arias Chavarría [Universidad de Costa Rica, San Pedro, Costa Rica], Helena Katherina Nogales [Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, San Antonio de los Altos, Venezuela], Alexandra Cemborain [Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela]

## **COLABORADORES**

Logo: Fabiana Pedalino

Portada: Mariano Montilla

Maquetación: Laura Sampietro, Bruna Santiago

Web: Larissa Mehl, Ludmila Pereira de Almeida

**Iberoamérica Social: Revista-red de estudios sociales Número Especial 4.**

Editada por la Asociación Reconocer, Sevilla, España.

ISSN: 2341-0485.

<https://iberoamericasocial.com>

# Índice

## Carta de Presentación

<b>Transitando los laberintos de la pandemia</b>	5
Marx José Gómez Liendo [Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, San Antonio de los Altos, Venezuela], Miguel Ángel Contreras Natera [Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, San Antonio de los Altos, Venezuela]	

## Dossier Especial

<b>Análisis de tendencias de la tasa de ocupación en el sector turístico de Santander - Colombia durante la emergencia sanitaria de la pandemia COVID-19 en el periodo marzo a junio 2020</b>	8
Daniel Corzo [Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia]	
<b>Intervenciones feministas anti-punitivas sobre cuidado de sí y de lxs otrxs en pandemia</b>	21
Camila Arbuét Osuna [Universidad Nacional de Entre Ríos, Paraná, Argentina]	
<b>Las epidemias y sus medidas sanitarias durante el siglo XIX en la baja Andalucía</b>	43
Eloísa Paula Toscano Gracia [Universidad de Cádiz, Cádiz, España]	
<b>La construcción imaginaria de la inmunidad (Covid-19, biopolítica y anomia social)</b>	65
Alvaro Reyes Toxqui [Universidad Autónoma Chapingo, Chapingo, México]	
<b>Medidas Sanitarias ante las epidemias como estrategias de control social y cultural en Venezuela durante los siglos XVII, XVIII e inicios del XIX</b>	77
Aimee Zambrano [Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela]	
<b>Ciencias sociales y pandemia: una apuesta por transdisciplinariedad decolonial para superar binarismos</b>	101
Catalina Rodas Quintero [Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina], Laura Juliana Cortés Buitrago [Universidad de Buenos Aires,	

Buenos Aires, Argentina], Lina Gabriela Cortés Osma [Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina], Daniela Rodríguez Rojas [Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina]

## **Miscelánea**

### **Las Epidemias en Venezuela (2021)**

Aimee Zambrano Ortiz

120

### **Villa 31 en tiempos de pandemia (2021)**

Mariano Montilla

137

### **Call for papers**

144

# TRANSITANDO LOS LABERINTOS DE LA PANDEMIA

**Marx José Gómez Liendo<sup>1</sup>**  
**Miguel Ángel Contreras Natera<sup>2</sup>**

Instituto Venezolano de Investigaciones  
Científicas, San Antonio de los Altos, Venezuela

[mjgomezliendo@gmail.com](mailto:mjgomezliendo@gmail.com)

[miguelangel.contrerasnatera@gmail.com](mailto:miguelangel.contrerasnatera@gmail.com)

La pandemia de la COVID-19 ha posibilitado que un conjunto de efectos catalíticos con raíces profundas en la crisis ecológica, civilizacional y social, transformen radicalmente el paisaje de las ciudades, la vida cotidiana y las formas de sociabilidad en la sociedad tecnológica, hasta alcanzar los marcos categoriales desde donde pensamos y representamos al mundo. Esta *irrupción catastrófica* del nuevo coronavirus, por utilizar una expresión de René Thom en su “Teoría de las catástrofes”, evidencia la persistencia de una facticidad epocal incuestionable, el hecho de encontrarnos ante una singularidad epocal marcada por la globalización de las enfermedades infecciosas. Esta trágica situación interpela críticamente los lenguajes científicos, éticos y estéticos del euroccidentalismo al destruir las certezas que le conferían significados claros y precisos a la idea de universalidad en la modernidad. De un modo tópico, el mundo *antes y durante* la pandemia asiste a una serie de reconfiguraciones sustanciales en el ámbito geopolítico, económico, social, ecológico, epistémico y ontológico. Las reveladoras paradojas del cambio sistémico apuntan a la intensificación de la incertidumbre epistémica, cuestión que conduce a las apremiantes búsquedas de gramáticas en el ámbito de las ciencias sociales que se correspondan con las urgencias y demandas de los nuevos arreglos enunciativos. Tener presente esto es crucial para hacer inteligible colectivamente los acuciantes y dramáticos desafíos que tenemos en las ciencias sociales críticas ante un momento histórico y social como este. Estamos en una situación laberíntica y confusa que precisa de un activo compromiso de imaginación sociológica desde el trípode de la deconstrucción, la historización y la crítica.

---

1 Laboratorio de Ecología Política, Centro de Estudios de la Ciencia. Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC).

2 Laboratorio de Teoría y Diseño de Sistemas Sociales Complejos, Centro de Estudios de la Ciencia. Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC).

A nivel geopolítico, las tendencias apuntan a una reorientalización de la economía mundial y por consiguiente a la profundización del kairós transformacional en curso desde hace décadas en el sistema mundial. La primera tendencia está marcada por un desplazamiento hegemónico del centro de poder del eje Atlántico Norte hacia el eje Asia Pacífico, mientras que la segunda evoca un momento transicional hacia otros modos de ser dentro de horizontes pluriversales de sentido y significación. En términos económicos, nos encontramos en un *interregnum* signado por el deslizamiento progresivo de una economía centrada en los combustibles fósiles que no desaparece, hacia la emergencia de una economía digital soportada en la extracción y procesamiento de litio y silicio. Entre esos dos escenarios contradictorios y conflictivos se tensan la competitividad corporativa con sus urgencias económicas, militares y políticas, y sus políticas de innovación científico-técnica como correlato práctico. Ciertamente, la división global de naturalezas como sustrato material de la división internacional del trabajo seguirán configurando los perfiles de las geografías de la desposesión con sus concomitantes asimetrías estructurales.

En el ámbito social, las desigualdades previamente existentes consolidan un mundo de caos y violencia estructural que se cruza contradictoriamente con las nuevas formas de amurallamientos de los invernaderos de confort. En cierto modo, la pandemia ha fortalecido una cartografía de la cuestión social signada por el carácter sistémico de la muerte, la exclusión y la precarización que se teje con la emergencia de los nuevos modos de acumulación de capital. Principalmente, las políticas de confinamiento sanitario han visibilizado, entre otros tópicos, las formas culturales del patriarcado dado el incremento en el número de femicidios. Este fatal dato encubre formas globales de la violencia estructural que se oblitera reiteradamente en los medios y las redes de la globalización financiera y económica. Pero, también, esta fenomenología de la cuestión social incluye dramáticamente el tráfico de personas y los desplazamientos forzados como consecuencias de guerras no-declaradas del capital. De este modo, la pobreza, la desnutrición y la exclusión se convierten en el rostro de *Jano* de la competitividad sistémica con sus fallidas promesas de redención. Ello ha propiciado que la palabra pandemia sea empleada como un recurso no-tan-metafórico para ilustrar la simultaneidad de procesos mortales en nuestro presente. Para las personas y grupos vulnerables, la normalidad es el problema. Cabe señalar, que el neoliberalismo con su utopía darwiniana sigue figurando como la idea de totalidad bajo la forma de orden sensible del capital, a través de la exclusión de otras expectativas de vida y experiencias sociales del universo simbólico dominante. Pese a ello, la razón neoliberal está siendo cuestionada crecientemente por una heterogeneidad de actores colectivos cuyas praxis posibilitan opciones de futuros posliberales ante la imbricación de múltiples opresiones y vejaciones.

A nivel ecológico, el planeta se encuentra en una situación de alta conflictividad debido a problemas como la extracción de minerales estratégicos a gran escala, el cambio climático, la acidificación de los océanos, la pérdida de biodiversidad y el cercamiento de bienes comunes, por nombrar algunos. Desde una perspectiva de larga duración, la raíz de muchos problemas

ambientales actuales y no tan actuales está en la articulación de los procesos de acumulación de capital, la producción de naturaleza y la búsqueda del poder en una totalidad histórico-mundial descrita por Jason Moore como la ecología-mundo capitalista.

Finalmente, los ámbitos epistémicos y ontológicos de las reconfiguraciones que estamos presenciando son los más difíciles de percibir, pero, al mismo tiempo, los más medulares en tanto y en cuanto nuestro mundo es un producto histórico de modos dominantes de ser, hacer, sentir, pensar y vivir. Como señaló con precisión Carolyn Merchant, el efecto de largo alcance que tuvo la revolución científica fue lo que ella llama la muerte de la naturaleza, es decir, la transformación de una visión orgánica sobre la misma hacia una concepción mecanicista donde la naturaleza puede ser manipulada a voluntad. En términos onto-epistémicos, los muros del laberinto donde nos encontramos han sido edificados desde hace tiempo. La racionalidad que diseñó ese dédalo está, también, en una profunda crisis definida en su momento por Val Plumwood como una crisis ecológica de la razón. Los dualismos que fundan la ontología moderna y su epistemología de separación de campos requieren ser confrontadas explícitamente desde perspectivas relacionales, transdisciplinarias y más que humanas.

Las condiciones materiales que posibilitaron el brote del nuevo coronavirus nos invitan a considerar las dimensiones históricas y políticas de la zoonosis o a desarrollar la noción de una virología política como área de estudio de las diversas transformaciones en disputa como respuesta a dinámicas virales multiescalares en el marco de un relacionamiento asimétrico entre humanos y no-humanos. Detrás de estas ideas a desarrollar está la necesidad de superar la imagen de las dos culturas que ha fracturado a las comunidades científicas en dos “reinos” aparentemente irreconciliables, las ciencias naturales y las ciencias sociales y humanidades. Visto como un conjunto y no como dos facciones, todas y todos debemos propiciar lo que Boaventura de Sousa Santos llama justicia cognitiva, contribuyendo con la visibilización de conocimientos subalternizados producto de la forclusión propiciada por la razón neoliberal. En ese horizonte profundamente democrático, nuevas formas de relacionamiento con la naturaleza serán parte de un pensamiento tentacular que nos permitirá avizorar la idea de Donna Haraway de una eco-justicia multi-especie. Tal vez así podamos desactivar las distopías que se esconden tras los muros igualmente laberínticos de una “nueva” normalidad.

Ofrecemos estas breves reflexiones a modo de presentación del número especial de *Iberoamérica Social* dedicado a la pandemia y el rol de las ciencias sociales. Por cuestiones de espacio, hemos decidido privilegiar un esbozo de ámbitos estructurales que muestren en términos generales la complejidad del momento que vivimos. Los trabajos de este número se suman a los esfuerzos colectivos en marcha por abordar las diferentes aristas de esa complejidad. Desde diferentes lugares y miradas, las y los autores de cada artículo abordan aspectos económicos, históricos, biopolíticos y onto-epistémicos. Les invitamos a revisarlos, comentarlos y difundirlos.

---

## ARTÍCULO DEL DOSSIER

# ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE LA TASA DE OCUPACIÓN EN EL SECTOR TURÍSTICO DE SANTANDER - COLOMBIA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO MARZO A JUNIO 2020

---

Recibido: 30/09/2020- Aceptado: 22/01/2021

**Daniel Corzo**

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá,  
Colombia

[danielcorzoarevalo@gmail.com](mailto:danielcorzoarevalo@gmail.com)

---

**Resumen:**<sup>1</sup> Las medidas de aislamiento adoptadas en respuesta a la pandemia del COVID-19 han golpeado duramente al sector turístico de Santander, que solía ser una promesa de prosperidad económica. En los años previos, el turismo había jugado un papel importante como un gran generador de puestos de trabajo en el departamento--tendencia que se vio interrumpida por las medidas de inmovilidad, que afectaron el mercado laboral del sector. El presente documento analiza la tasa de ocupación del sector turístico en el departamento de Santander de marzo a junio de 2020, meses iniciales de la emergencia sanitaria declarada en Colombia. Utilizando la información recopilada en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), se midió la tasa de ocupación como el porcentaje de la fuerza laboral empleada en tres subsectores: (1) alojamiento y agencias de viajes, (2) transporte y (3) subsectores conexos al turismo. Se encontró que la tasa de ocupación del sector turismo, que agrupa estos tres subsectores, siguió una tendencia similar a la tasa de ocupación general del departamento, cayendo considerablemente de marzo a mayo, para recuperarse ligeramente en junio. Mientras que el transporte y los subsectores conexos al turismo siguieron esta misma tendencia, la tasa de ocupación en alojamiento y agencias mantuvo su descenso hasta junio. La hipótesis propuesta es que estas tendencias están asociadas con las medidas del gobierno para proteger el empleo formal, que parecen haber tenido un efecto favorable excepto en el rubro hotelero y de agencias de viajes.

**Palabras claves:** mercado laboral, ocupación laboral, COVID-19, turismo.

---

1 Artículo derivado del proyecto de investigación en curso "Impacto producido por el Covid-19 en la composición del mercado laboral del sector turístico en Santander" financiado conjuntamente por la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo Uniciencia y el Centro Latinoamericano del Propósito CLAP.

---

# TREND ANALYSIS OF EMPLOYMENT RATES IN THE TOURISM SECTOR IN SANTANDER - COLOMBIA DURING THE COVID-19 PUBLIC HEALTH EMERGENCY PERIOD

---

Recibido: 30/09/2020- Aceptado: 22/01/2021

**Daniel Corzo**

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá,  
Colombia

[danielcorzoarevalo@gmail.com](mailto:danielcorzoarevalo@gmail.com)

---

**Resumen:** The isolation measures taken in response to the COVID-19 pandemic impacted the tourism sector gravely in Santander, which used to be a promise of economic prosperity. In previous years, tourism had played an important role as a job generator in the department—a trend that was interrupted by quarantine measures, which affected the sector’s labour market. This document analyses the employment rate of the tourism sector in the department of Santander from March to June 2020, the initial months of the public health emergency declared in Colombia. Using the information collected in the Great Integrated Household Survey (GEIH), the occupancy rate was measured as the percentage of the labor force employed in three sub-sectors: (1) hotels and travel agencies, (2) transportation, and (3) tourism-related subsectors. It was found that the employment rate in the tourism sector as a whole, which aggregates these three subsectors, followed a similar trend to the general employment rate of the department, falling considerably from March to May and then recovering somewhat in June. While transportation and tourism-related subsectors followed the same trend, the employment rate in hotels and travel agencies continued to decline until June. These trends are attributed to government measures aimed at protecting formal employment, which appear to have had a favourable effect except on the hotels and travel agencies subsector.

**Palabras claves:** labour market, employment rate, COVID-19, tourism

# INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19, que se inició en el primer trimestre de 2020, ha sido uno de los acontecimientos más disruptivos a nivel económico y social en lo que va del siglo XXI. Las medidas de aislamiento social propugnadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y adoptadas como política de contención de la pandemia por los gobiernos nacionales, significaron el cese de toda actividad turística a nivel internacional, nacional y local. Las medidas, adoptadas en el mes de marzo, siguen vigentes en gran medida siete meses después, a la fecha de escritura del presente artículo.

Si bien el COVID-19 trajo una disrupción dramática en la vida de millones de personas en el mundo, no es la primera pandemia que ha golpeado a la humanidad en tiempos recientes. De hecho, los primeros veinte años del nuevo milenio ya han visto pasar varias epidemias que acarrearón grandes consecuencias sociopolíticas y una importante afectación a la salud mundial (Ledermann, 2003). En lo que va del nuevo siglo, han existido numerosas epidemias que han afectado la economía global, dejando impactos lamentables que incluyen la pérdida de vidas humanas y graves consecuencias económicas. Según datos de la OMS, los principales efectos cuantificados y provocados por las epidemias y pandemias del siglo XXI, ordenados de forma cronológica, han sido los siguientes (The Economic Times, 2020):

- SARS: Síndrome Agudo Respiratorio Severo, que aparece en 2003 y se desarrolla en las regiones de Asia, Norteamérica, Sudamérica y Europa, dejando 7.740 muertos y pérdidas económicas que ascienden a los cuarenta millones de dólares.
- H1N1: La influenza o gripe porcina, que aparece en 2009 y se propaga por todo el mundo, dejando 18.641 muertos y pérdidas económicas que ascienden a los cincuenta millones de dólares.
- EVD: El ébola, que aparece en 2013 y se desarrolla en las regiones de África, Norteamérica, Reino Unido e Italia, dejando 11.308 muertos y pérdidas económicas que ascienden a los cincuenta y tres millones de dólares.
- COVID-19: Coronavirus Disease del 2019, que aparece a finales de 2019 y se propaga por todo el mundo, dejando hasta el tres de julio un reporte oficial de 528.476 muertos y unas pérdidas económicas iniciales de alrededor de 280.000 millones de dólares.

Las pandemias tienen una fuerte incidencia en el comportamiento turístico mundial, pues uno de los principales factores de contagio está relacionada con el tráfico internacional de pasajeros. Por ende, una acción comúnmente promovida por las organizaciones internacionales y los estados es el cierre de las fronteras (terrestres, marítimas o aéreas) como una forma de contener los contagios (Arrazola, Serrano, & López-Vélez, 2016; Cortés, 2019; Dávila et al.,

2010). Estas restricciones, aunadas al temor al contagio por parte de los viajeros, provocan una extrema disminución de la movilidad (Ledermann, 2003; Leggat et al., 2010; Oehmichen & París Pombo, 2010). La inmovilización casi total provocada por el COVID-19 se ha extendido ya por más de cuatro meses, flexibilizándose lentamente pero sin proyección de volver a sus niveles pre-pandemia por un espacio de más de un año.

Una disrupción tan extrema y sostenida en el tiempo debe necesariamente generar un impacto profundo en la economía global y, en particular, en el sector turístico. Al respecto, el Banco Mundial prevé una reducción del 4,9% en el producto bruto interno de Colombia para 2020, con respecto al año anterior (World Bank, 2020). Asimismo, una encuesta de Confecámara reveló que el 37% de las empresas han cesado temporalmente sus actividades, y 60% de los empresarios considera que su planta de personal disminuirá en los próximos tres meses (Confecámara, 2020). Según KPMG en Colombia (2020), las empresas del sector turismo son las que enfrentan la situación más difícil para recuperarse del COVID-19, debido a una reducción permanente de la oferta, un capital insuficiente para superar una recesión y/o la inadecuada implementación de una transformación digital.

La crisis del COVID-19 llega en un momento especialmente crítico del desarrollo turístico en Santander. Del 2007 al 2017, el Departamento Nacional de Estadística (DANE) reportó que el empleo en el sector turístico aumentó en 52,5%, pasando de 889.770 a 1.357.103 personas ocupadas en el sector (GEIH, 2017). Un estudio por la Universidad Pontificia Bolivariana proyectaba que, en 2020, el Área Metropolitana de Bucaramanga se consolidaría como centro de desarrollo de la industria turística de Santander, generando nuevos puestos de trabajo (Luzardo, 2015). Se esperaba que el crecimiento del turismo trajera cambios positivos en el mercado laboral del sector, generando nuevas plazas laborales (demanda) y un incremento de la cualificación del perfil ocupacional (oferta).

Antes de la pandemia, el sector turístico era una promesa de prosperidad económica para el departamento, motivando la creación de una importante cantidad de puestos de trabajo. Hoy, sin embargo, la inversión pública proyectada para la nueva gestión departamental se ha reducido notablemente a raíz de la crisis (Gobernación de Santander, 2020). Sabiendo que la promesa no podrá ser cumplida, se hace imperante analizar el efecto que ha tenido la pandemia en la tasa de ocupación del sector turístico en Santander, con el fin de proveer insights que permitan comprender su impacto y proponer medidas que faciliten la estabilización del mercado laboral en tan importante sector económico del departamento. Para realizar dicho análisis, se ofrece un contexto general del impacto que la pandemia del COVID-19 ha causado en el sector de turismo, para luego plantear el método cuantitativo apoyado desde la Gran Encuesta Integrada de Hogares del Departamento Nacional de Estadística (DANE), seguido del análisis de estos resultados y las conclusiones obtenidas.

# IMPACTO DEL COVID-19 AL TURISMO

El argumento más sólido del sector turístico en el contexto de su aporte social y económico es, indudablemente, el ser un alto generador de empleo (Leguizamón, 2016). En los últimos años, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (MINCIT) ha venido implementado políticas públicas orientadas a fortalecer el mercado laboral del sector turístico mediante tres elementos principales: la calidad en la prestación de servicios turísticos, el fortalecimiento y formalización del sector empresarial y la capacitación y formación de la fuerza laboral, concentrada en el robustecimiento de los programas académicos y el bilingüismo (Orjuela, 2018). Este enfoque de inversión para el crecimiento del sector turístico ha sido sacudido por la pandemia del COVID-19, que ha remecido virtualmente todos los sectores económicos. Siendo los efectos de esta crisis tan dramáticos y generalizados, el mundo académico rápidamente viró su atención para estudiarla.

Una investigación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para las Naciones Unidas anuncia tres grandes efectos de la crisis del COVID-19 en el mercado laboral (Weller, 2020). Primero, afirma que pone en marcha un proceso de destrucción, transformación y creación de empleos, influenciado por una fuerte tendencia hacia la digitalización de los servicios. Segundo, se prevé una creciente desigualdad en el mercado laboral, favoreciendo la conservación de empleos que requieren competencias digitales y un alto nivel de instrucción, asociado a la capacidad de trabajar a distancia. Tercero, se revela una incertidumbre con respecto al cambio en la productividad laboral, con evidencia mixta a favor de su incremento y disminución--nuevamente, relacionada al creciente uso de herramientas digitales. Si bien el primer y segundo efecto del COVID-19 propuesto por Weller (2020) se refieren al contexto global, si estas tendencias se materializaran en el sector turístico de Santander, se podría prever un cambio radical en la composición del mercado laboral. Impulsado por la creciente digitalización, el mercado laboral turístico podría ver disminuidos los empleos de baja competencia tecnológica, para favorecer la creación de puestos laborales que requieren de un alto nivel de competencia tecnológica.

Así también, se han realizado estudios del impacto del COVID-19 con enfoque en Colombia. El Centro de Investigación Económica y Social de Fedesarrollo analizó el efecto inmediato de las medidas de aislamiento para enfrentar el contagio del COVID-19 sobre el empleo, a nivel nacional (Fernández, 2020). El estudio encontró que un 59% de trabajadores tuvieron permitido trabajar durante el aislamiento por dedicarse a actividades consideradas prioritarias, un 20% pudo continuar trabajando a distancia y el otro 21% no pudo trabajar por dedicarse a actividades consideradas de alto riesgo de contagio. Este último 21% sería el menos favorecido a corto, mediano y largo plazo, requiriendo de ayudas económicas para transformarse. Aunque reveladores, los resultados de estos estudios no permiten medir las tendencias anunciadas por Weller (2020) y no especifican el impacto a nivel sectorial (turismo), ni territorial (Santander). Se mantiene vigente entonces la necesidad de realizar una evaluación del impacto de la crisis,

enfocada en el sector turístico del departamento.

No existe una metodología estandarizada para estudiar el mercado laboral, particularmente cuando se trata de evaluar los efectos de una crisis. Por ende, es necesario revisar los métodos usados en investigaciones pasadas. Folgueroso, García & Jiménez (2020) proponen un método para evaluar los efectos del COVID-19 en el empleo, basado en tres enfoques: estático, dinámico y ex-post. El enfoque estático involucra calcular cuántos empleos se verán afectados por el aislamiento. El enfoque dinámico implica cuantificar la transición del desempleo al empleo durante la crisis. Y finalmente, el enfoque ex-post mide los efectos después de la crisis. A fin de limitar la influencia de variables extrañas y medir el impacto del COVID-19 directamente, estos tres enfoques deben ser integrados en una misma investigación.

Tan importante como el método de evaluación de impacto es contar con una fuente confiable de datos. La principal herramienta que monitorea el estado del mercado laboral colombiano es la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), conducida por el DANE, que provee información del mercado laboral desde la perspectiva de la oferta de trabajo (Leguizamón, 2016). La GEIH es una operación continua; se aplica cada trimestre en las 32 principales ciudades del territorio nacional, a un total aproximado de 66.000 hogares, capturando información sobre las características de la fuerza laboral y permitiendo una descripción de las condiciones de las personas ocupadas (actualmente laborando), desocupadas (no laborando y buscando empleo) e inactivas (no laborando y no buscando empleo).

Sólo ha existido un estudio sobre mercado laboral en Santander, liderado por aliados de la Red de Observatorios Regionales del Mercado del Trabajo (ORMET), con apoyo de la Universidad Pontificia Bolivariana (2013), cuyo objetivo fue conocer y evaluar las oportunidades de inclusión productiva en el sector turismo para poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad del área metropolitana de Bucaramanga. El estudio fue motivado por el buen momento económico derivado de importantes inversiones en el sector durante décadas, así como esperanzadoras proyecciones de crecimiento.

## MÉTODO

Para estudiar el impacto de la crisis del COVID-19 sobre el sector turístico de Santander, se analizó la tasa de ocupación en el sector durante los meses de vigencia de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Los datos se obtuvieron de la información recopilada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), que recoge mensualmente información sobre el tamaño y estructura de la fuerza de trabajo en el país (Departamento Nacional de Estadística, 2020).

La tasa de ocupación se midió como el número de personas ocupadas (las que sostenían un empleo al momento de ser encuestadas), dividido entre el número total de personas que conforman la fuerza laboral (es decir, son parte de la población económicamente activa), que figuran en la muestra de la GEIH para los meses de marzo, abril, mayo y junio--meses de emergencia sanitaria en los que los datos ya se encuentran disponibles a la fecha actual.

De la GEIH se tomaron los microdatos correspondientes a la base para Santander (Área 68) de los capítulos “Fuerza de Trabajo” (tamaño de muestra N = 6.989) y “Ocupados” (tamaño de muestra N = 3.348), con el propósito de construir una serie mensual desde marzo hasta junio de 2020. Como referencia de los sectores que se incluyeron en el análisis se tomó la metodología del Centro de Pensamiento Turístico de Colombia (CPTUR), que integra los subsectores que componen la cadena de valor del turismo, agrupados en tres niveles: alojamiento y agencias de viajes, transporte y subsectores conexos al turismo (Centro de Pensamiento Turístico de Colombia, 2018). Para tal fin, se tomó la segmentación correspondiente a los códigos de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Versión 4 adaptada para Colombia (CIIU Rev.4.A.C.), como se muestra en la Tabla No. 1.

**Tabla 1.** Clasificación CIIU Rev.4.A.C Turismo

Subsector	Grupos	Clases (códigos CIIU)
Alojamiento y agencias de viajes	Alojamiento	5511, 5512, 5513, 5514, 5519, 5520, 5530, 5590
	Agencias de viajes	7911, 7912, 7990
Transporte	Transporte aéreo	5111, 5112
	Transporte terrestre	4921, 4922
Conexos al turismo	Alimentos y bebidas	5611, 5612, 5613, 5619, 5621, 5629, 5630
	Esparcimiento	9200, 9102, 9103, 9321, 9329

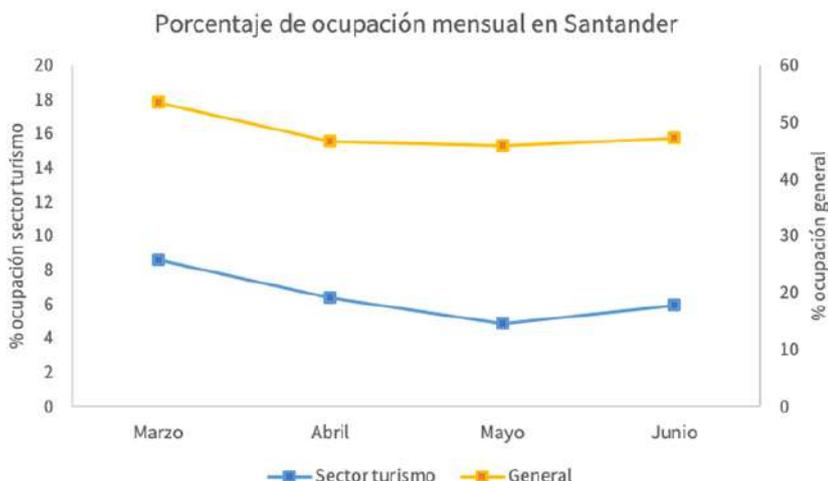
**Fuente:** Elaboración propia

Los datos de la GEIH permitieron calcular, para los meses de marzo a junio 2020, la tasa de ocupación a nivel general (incluyendo todos los sectores económicos) en Santander, la tasa de ocupación de cada subsector señalado y la tasa de ocupación para todo el sector turístico, que agrupó estos tres subsectores.

## RESULTADOS

Las tasas de ocupación en el sector turístico, durante los meses de emergencia sanitaria transcurridos hasta hoy, se muestran en los gráficos infra.

Gráfico 1. Tasa de ocupación mensual general vs. sector turismo en Santander



El gráfico No. 1 contrasta la tasa de ocupación mensual en el sector turismo de Santander (eje izquierdo, línea azul), con la tasa de ocupación mensual general en Santander (eje derecho, línea amarilla). Se revela que la tasa de ocupación del sector turismo siguió un comportamiento similar al de la tasa de ocupación general en Santander. Se observa un marcado descenso de marzo a abril, etapa inicial de la emergencia sanitaria, otro descenso más hacia mayo (notablemente más pronunciado en el caso del sector turístico que en general) y un repunte hacia el mes de junio, aunque sin restablecerse los niveles de marzo. Cabe mencionar que la tasa de ocupación general es muy superior a la del sector turismo, ya que en ambos casos se midió la tasa como un porcentaje de la fuerza de trabajo total del departamento.

Se evidencia, además, que mayo fue un mes particularmente álgido para el mercado laboral turístico. En el periodo de marzo a mayo, la tasa de ocupación en el sector descendió de 8,6% a 4,9% (lo que representa un descenso del 43%). Mientras tanto, a nivel general, la tasa de ocupación sólo se redujo en 14% en el mismo periodo. La crisis del COVID-19, podemos deducir, produjo una extensa pérdida de empleos en el sector turístico de Santander.

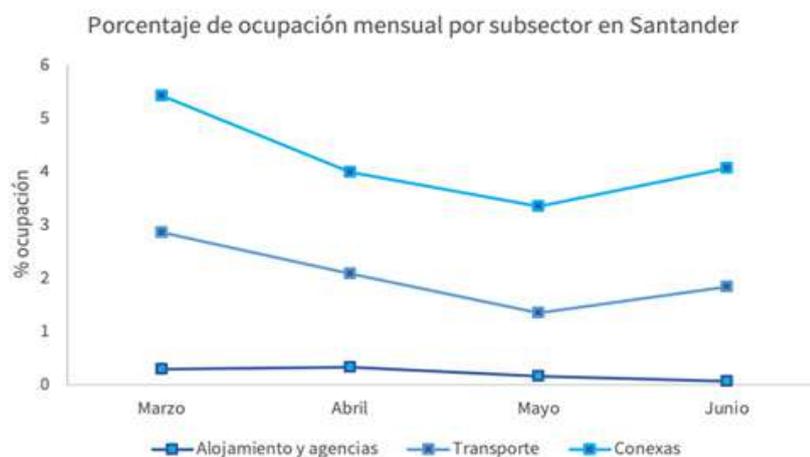
La visible elevación de la tasa de ocupación para el mes de junio, en el mercado laboral de Santander, puede asociarse a las acciones que emprendió el gobierno nacional para proteger el empleo formal del país, orientadas a facilitar el sostenimiento de la empresa privada durante la crisis del COVID-19. En primer lugar, el Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), creado en mayo de 2020 a través de los Decretos 639 y 677 de 2020 y la Resolución 1129 de 2020, permitió otorgar a las empresas beneficiarias un aporte monetario mensual, hasta por tres veces, del 40% del valor del salario de cada empleado. Se habilitaron también esquemas de flexibilidad laboral que permitían el pago de prestaciones de forma proporcional a las horas efectivas de trabajo para los empleados (Decreto 770 del 30 de mayo de 2020)— cuando, anteriormente, las empresas no tenían la posibilidad de fraccionar la carga prestacional. El mismo Decreto 770 de 2020 instauró el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios (PAP), a través

del cual se entregó a las empresas \$220.000 por cada trabajador vigente en la nómina de junio para cumplir con esta obligación. Estos apoyos habrían permitieron a la empresa turística no sólo mantener a su personal durante el mes de junio—evitando una caída mayor en la tasa de ocupación—sino además recontractar parte del personal del que habían prescindido en meses anteriores, lo que ocasiona el ascenso en la ocupación laboral.

El crecimiento de la tasa de ocupación en junio fue bastante más pronunciado en el sector turístico (22,5%) que en general (2,9%), lo cual podría haber sido efecto de las medidas económicas adicionales dirigidas específicamente a este sector, con la intención de preservar los puestos y, en parte, recuperar aquellos que se habían perdido en los meses iniciales de la pandemia. Las medidas del gobierno colombiano se pensaron siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales. En los meses iniciales de la pandemia, la Organización Mundial del Turismo (OMT) ya anunciaba que el sector turístico sería uno de los más afectados por esta crisis (OMT, 2020a), requiriendo de apoyos urgentes que incluyeran colocarlo como prioridad en los futuros esfuerzos de recuperación económica por parte de los gobiernos (OMT, 2020b). En julio, la OMT estimó que las medidas de inmovilidad habían reducido el flujo turístico a nivel global en un 98% con respecto a 2019, generando con ello millonarias pérdidas financieras (OMT, 2020).

Notando la caída ya visible desde marzo, el gobierno colombiano planteó una serie de medidas de soporte para el sector turístico. Por ejemplo, el Decreto 397 del 13 de marzo de 2020 postergó, para el segundo semestre del año, el plazo para la presentación de la declaración y el pago de la liquidación privada de la contribución parafiscal para la promoción del turismo de todos los sujetos pasivos correspondientes al primer trimestre. Así también, se establecieron plazos especiales para el pago de la declaración de los impuestos de IVA, sobre la renta y complementarios del año gravable 2019, para empresas turísticas. El Decreto 434 del 19 de marzo de 2020 creó, además, una nueva línea de crédito por COP 250.000 millones dirigida al sector turismo y aviación, con plazos, tasas y periodos de gracia preferenciales (MINCIT, 2020). El objetivo de estas medidas era dar liquidez al sector, que tuvieron que suspender sus operaciones debido a las medidas de inmovilidad.

Gráfico 2. Tasa de ocupación mensual por subsector turístico en Santander



En el gráfico No. 2, se observa que el subsector transporte y subsectores conexos al turismo se comportaron de maneras similares durante los meses de emergencia sanitaria, dibujando un descenso marcado de marzo a mayo, con un ligero repunte hacia junio. La tasa de ocupación en alojamiento y agencias, sin embargo, aumentó ligeramente en abril, para caer hacia mayo y junio, llegando a 0,05% en este último mes. Si bien en marzo, el 0,29% de la fuerza laboral total de Santander estaba empleada en alojamientos y agencias de viajes, en junio este porcentaje descendió a 0,05%, lo que representa una dramática reducción del 82,8%.

Es claro, entonces, que la crisis del COVID-19 golpeó con mayor fuerza a los subsectores de hoteles y agencias de viajes en Santander, ocasionando una pérdida casi generalizada de empleos en estas actividades. Las medidas tomadas por el gobierno para salvaguardar el empleo en el sector turístico no fueron suficientes para impulsar la tasa de ocupación en hoteles y agencias de viajes, como sí lo fueron para los subsectores de transporte y conexos. Los establecimientos hoteleros y los viajes por turismo no hacían parte de las excepciones contempladas en el Decreto 749 del 28 de mayo de 2020, por lo que no tenían permitido reiniciar operaciones para el mes de junio. Tomando eso en cuenta que no existía oferta ni demanda para este subsector, resulta comprensible que su tasa de ocupación mantuviera su tendencia descendente.

## CONCLUSIONES

Este estudio analizó el efecto que ha tenido la pandemia en la tasa de ocupación del sector turístico en Santander. El análisis partió de un contexto general del impacto causado por la pandemia del COVID-19 en el sector de turismo a nivel global. Luego, se planteó el método cuantitativo apoyado desde la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE, se presentaron los resultados y se realizó una discusión al respecto. Se espera que los alcances generados en este análisis informen la implementación de acciones que permitan restablecer el mercado laboral en un sector tan importante para el departamento.

Las tendencias que revelan estos resultados proveen una primera vista del impacto del COVID-19 sobre el mercado laboral de Santander. Se observó que la tasa de ocupación del sector turismo siguió una tendencia similar a la tasa de ocupación general del departamento, cayendo considerablemente desde el inicio de la emergencia sanitaria, hasta el mes de junio, en que la tasa se recuperó ligeramente. Este incremento posterior en la tasa de ocupación puede relacionarse a las medidas del gobierno nacional para proteger el empleo formal, que parecen haber tenido un efecto visible.

Se evaluó también la tasa de ocupación en los subsectores de alojamiento y agencias de viaje, transporte y subsectores conexos al turismo. Las tasas de los dos últimos sectores repitieron la tendencia de la tasa de ocupación general, dibujando un descenso marcado de marzo a mayo, con un marcado repunte hacia junio. No obstante, la tasa de ocupación en alojamiento

y agencias mantuvo su descenso hasta junio, generando una reducción del 82,8% de marzo a junio. En este caso, las medidas del gobierno orientadas específicamente a dar liquidez al sector turístico, tuvieron un efecto favorable sobre el transporte y rubros conexos al turismo, mas no en el rubro hotelero y de agencias de viajes. Ello se puede atribuir a que este último subsector se vio obligado a suspender casi totalmente operaciones debido a las medidas de inmovilidad, que para junio seguían vigentes.

## REFERENCIAS

- Arrazola, M. P., Serrano, A., & López-Vélez, R. (2016). Vaccination for international travelers. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(5), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.01.009>
- Centro de Pensamiento Turístico de Colombia. (2018). El empleo en el sector turismo: análisis de los indicadores laborales para Colombia. Asociación Hotelera y Turística de Colombia – COTELCO, Fundación Universitaria Cafam – UNICAFAM & Instituto Distrital de Turismo de Bogotá – IDT. Bogotá. Obtenido de <https://cptur.org/publicaciones/W9jvFhcgb91eKKD>
- Confecámaras (2020). *Encuesta Nacional Impacto Económico COVID-19*. Capítulo Bogotá.
- Cortés, M. (2019). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): la importancia de estar alerta ante las zoonosis. *Revista Médica Universitaria de Antioquia*, 1–13. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.1.78>
- Dávila, M., Arambu, C., Morte, S., Vera, I., Iglesias, M., & González, Ó. (2010). Control y vigilancia en fronteras. Papel de sanidad exterior durante las fases de contención de la pandemia (H1N1) 2009. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 507–516.
- Departamento Nacional de Estadística. (2020). *Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) Mercado Laboral- Históricos*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>
- Departamento Nacional de Estadística. (2020). Clasificación industrial internacional Uniforme de todas las actividades económicas revisión 4 adaptada para Colombia -CIUU REV 4A.C. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/CIUU\\_Rev4ac.pdf](https://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/CIUU_Rev4ac.pdf)
- Fernández, C. (2020). Impacto en el mercado laboral de las medidas de aislamiento para combatir el COVID-19.

- Folgueroso, F., García, J. I., & Jiménez, S. (2020). Guía práctica para evaluar los efectos sobre el empleo de la crisis del COVID-19 y el Plan de Choque Económico. FEDEA, *Apuntes*, 4.
- Gobernación de Santander. (2020). *Plan de desarrollo departamental: "Santander contigo y para el mundo 2020-2023"*. Bucaramanga.
- KPMG en Colombia (2020, junio 9). *Impactos económicos y financieros del COVID-19*. Edición 9. Obtenido de: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/co/pdf/2020/06/kpmg-informe-impactos-economicos-y-financieros-del-covid-19-novena-edicion.pdf>
- Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena de Infectología*, 20, 13-17. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182003020200003>
- Leggat, P. A., Brown, L. H., Aitken, P., & Speare, R. (2010). Level of concern and precaution taking among Australians regarding travel during Pandemic (H1N1) 2009: Results from the 2009 Queensland social survey. *Journal of Travel Medicine*, 17(5), 291-295. <https://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2010.00445.x>
- Leguizamón, M. (2016). Empleo formal e informal en el sector turístico en Colombia. *Turismo y Sociedad*, XVIII, pp. 179-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.18601/01207555.n18.10>
- Luzardo, M. (2015). Sector Turismo, oportunidades de inclusión laboral en el Área Metropolitana de Bucaramanga. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo - MINCIT. (2020). 'Colombia Responde', la nueva línea de crédito para aliviar el impacto del COVID-19 en los sectores de turismo y aviación. Consultado en <https://www.mincit.gov.co/prensa/noticias/turismo/lanzan-linea-de-credito-para-turismo-por-covid-19>
- Oehmichen, C., & París Pombo, M. (2010). El miedo ante el riesgo global: Apuntes sobre la emergencia del virus a/h1n1 y el turismo. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, 1 (8).
- Organización Mundial del Turismo - OMT. (2020). El impacto de la covid-19 en el turismo mundial queda patente en los datos de la OMT sobre el coste de la parálisis. 28 de Julio 2020. Madrid España.
- OMT. (2020a). Apoyo al empleo y a la economía a través de los viajes y el turismo. Llamamientos a la acción para mitigar el impacto socioeconómico de la COVID-19 y

acelerar la recuperación. Organización Mundial del Turismo. Abril de 2020.

OMT. (2020b). Turismo y Covid-19. Organización Mundial del Turismo. Marzo de 2020.

Orjuela, C. (2018). El empleo en el sector turismo: análisis de los indicadores laborales para Colombia. 2007-2017. Bogotá: Asociación Hotelera y Turística de Colombia –COTELCO, Fundación Universitaria Cafam – UNICAFAM & Instituto Distrital de Turismo de Bogotá – IDT

The Economic Times (2020, abril 11). *Last century's epidemics far more deadly than 21st century's*. Obtenido de: <https://economictimes.indiatimes.com/news/international/world-news/last-centurys-epidemics-far-more-deadly-than-21st-centurys/articleshow/75095962.cms>

Weller, J. (2020). La pandemia del COVID-19 y su efecto en las tendencias de los mercados laborales. CEPAL - Naciones Unidas.

World Bank (2020). *Global Economic Prospects, June 2020*. Washington, DC: World Bank. DOI: 10.1596/978-1-4648-1553-9.

---

ARTÍCULO DEL DOSSIER

# INTERVENCIONES FEMINISTAS ANTI-PUNITIVAS SOBRE CUIDADO DE SÍ Y DE LXS OTRXS EN PANDEMIA

---

Recibido: 13/10/2020 - Aceptado: 10/12/2020

**Camila Arbuét Osuna**

Universidad Nacional de Entre Ríos

Paraná, Argentina.

[camila.arbuét@uner.edu.ar](mailto:camila.arbuét@uner.edu.ar)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6834-6487>

---

**Resumen:** El presente artículo analiza las intervenciones de activistas e intelectuales feministas que han alertado sobre la acentuación de prácticas punitivas, de control y vigilancia por parte de los Estados y de sectores de la sociedad en medio de la crisis sanitaria, económica y política actual. Dicho proceso, sostenemos, se vio justificado por discursos del cuidado de sí y de lxs otrxs que deben ser puestos políticamente en tensión. Nos abocaremos a la articulación de estas intervenciones teniendo como eje sus críticas a los solapamientos entre cuidados y punición, dilucidando las distintas violencias que operan en esta yuxtaposición. Haremos foco en cómo estos discursos securitistas han prosperado en América Latina, especialmente en Argentina, mientras revisamos cuáles han sido las estrategias feministas de resistencia desde otras políticas sensibles. Es decir, cómo han explorado distintos imaginarios para pensar el cuidado, la inmunidad, el peligro y la peligrosidad en este contexto como micropolíticas de desestabilización de las nuevas normalidades y domesticidades.

**Palabras claves:** feminismos, pandemia, punitivismos, cuidados, micropolíticas

---

# ANTI-PUNITIVIST FEMINIST INTERVENTIONS ON SELF-CARE AND THE CARE OF OTHERS IN TIMES OF PANDEMIC

---

Recibido: 13/10/2020 - Aceptado: 10/12/2020

**Camila Arbuét Osuna**

Universidad Nacional de Entre Ríos

Paraná, Argentina.

[camila.arbuét@uner.edu.ar](mailto:camila.arbuét@uner.edu.ar)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6834-6487>

---

**Resumen:** This paper examines the public interventions of feminist activists and intellectuals who have warned of the increase in punitive practices of control and policing by the states – and by some segments of society– during the current health, economical, and political crisis. We claim that such a process, which has been structured around the discourse of self-care and the care of others, should be called into question politically. We explore the ways in which these interventions have been articulated, focusing on their critique of the overlap between care and punishment, in an attempt to elucidate the different forms of violence operating in such a juncture. We will concentrate on the ways in which the securitization of the discourse has proliferated in Latin America, especially in Argentina, as we survey the feminist strategies of resistance through alternative politics of feelings. In sum, we will show how feminism has been able to tap into different forms of imagination in order to think about care, immunity, danger, and dangerousness within this context, as forms of micropolitics aimed at disrupting both the “new normal” and the new domesticity.

**Palabras claves:** feminism, pandemic, punitivism, care, micropolitics

# FEMINISMOS, PUNICIÓN Y CUIDADO

La crisis del covid-19, desatada con toda su virulencia en Latinoamérica a partir marzo del 2020, acentuó un conjunto de desigualdades sociales, precariedades y exposiciones previas, a la vez que reforzó la ya conocida respuesta a las mismas: un azuzamiento de las prácticas de punición, vigilancia y control, que tienen al castigo como lógica imperante frente al conflicto. Esta vez, la justificación de dichas prácticas como parte del cuidado de sí y de lxs otrxs ante la emergencia sanitaria halló nuevos ecos en los discursos nacionalistas, xenófobos, sexistas, racistas, clasistas y capacitistas que ratificaron las distintas jerarquías pre-existentes de ciudadanía. Así se afirmó el poder de policía en las calles; se distinguió entre trabajos esenciales y trabajos no-esenciales; se diferenció entre poblaciones inmunizables y poblaciones en peligro –cuando no “peligrosas” – habilitando medidas estigmatizantes, guéticas y tutelares; se precarizaron aún más las condiciones de los trabajos de cuidado, tanto los rentados como los impagos; en tanto que las aperturas a nuevas flexibilizaciones laborales y la caída de los salarios reales llegaron a nuevos niveles.

Mientras esto ocurría los textos de activistas e intelectuales se iban acumulando en revistas y publicaciones digitales, en un arco argumental que iba desde la predicción del fin del capitalismo (Žižek, 2020) hasta el fin de la educación universitaria (Agamben, 2020), pasando por un conjunto de críticas muy interesantes sobre las nuevas tecnologías de control que los distintos gobiernos del mundo estaban utilizando en medio de la excepción abierta por el coronavirus (Han, 2020; Yáñez González, 2020). Aquí nos interesa volver particularmente sobre las intervenciones en clave feminista que fragmentaria pero potentemente se atrevieron a diagnosticar, testimoniar o alertar sobre cambios en nuestros modos de vivir, morir, trabajar, vincularnos, y que aún no podemos dimensionar del todo en su complejidad. A pesar de que estos textos abarcaron muchos tópicos acuciantes, nos centraremos específicamente en pensar un recorrido de los mismos en sus usos de las nociones de cuidado y punición, que a su vez articularemos con el despliegue de técnicas de gubernamentalidad securitaria en América Latina, y más específicamente en Argentina. A través de escenas que registran cómo las formas de sometimiento clasista, patriarcal y colonial propias del capitalismo neoliberal contemporáneo, han agudizado su virulencia y sus procesos de desposesión en medio de esta crisis sanitaria, social y económica, como han denunciado teóricxs y activistas como Nelly Richard, Judith Butler, María Galindo, Val Flores, Paul Preciado, Moira López, Celenis Rodríguez, Ana Longoni, Verónica Gago y Luci Cavallero, entre tantxs otrxs.

Los análisis feministas sobre los cuidados como trabajo tienen una larga genealogía, que no nos proponemos repasar aquí, sobre la naturalización y la feminización –que recae mayoritariamente en mujeres y disidencias sexuales– de las tareas de cuidado, su no reconocimiento como trabajo –su colindante no cuenta, no remuneración, no descanso– y su centralidad en la (re)producción social (Federici, 2018; Pérez Orozco, 2006). Todos estos elementos se han subrayado en la cotidianeidad de la pandemia, donde la reclusión, la pobreza y las distintas formas

de exposición diferencial al virus han incrementado los trabajos de cuidado sin que por ello su reconocimiento remunerado, sindicalmente protegido y materialmente asegurado lo haga. La agenda de los cuidados dentro del feminismo argentino ha adquirido tanta envergadura que ha llegado a consolidarse también dentro del Estado, que inauguró en la nueva gestión una Dirección de Cuidados Integrales de la nación, como parte de la cartera de Desarrollo Social. A pesar de este tipo de reconocimientos, como señalan desde la organización *Development Alternatives with Women for a New Era (D.A.W.N.)*, “al tiempo que se reconoce la importancia y centralidad de los cuidados para la vida y la economía, hay de momento un retroceso en sus condiciones”. La pandemia ha exacerbado, como en tantos otros frentes, esta desigualdad histórica, ingresando elementos como el teletrabajo o la reclusión en núcleos familiares androcéntricos y heteropatriarcales o la hiper-exposición al virus en condiciones de trabajo precarias que van desde los envíos puerta a puerta de delivery, pasando por las trabajadoras del hogar hasta el personal de salud mal pago y mal equipado...sin mencionar los trabajos esenciales e ilegales (LeTorneau, 2020). Así en las “Reflexiones de la Confluencia Feminista Hacia el Foro Social Mundial de Economías Transformadoras ante el COVID19” leemos:

La pandemia desnuda y acentúa desigualdades, al tiempo que se torna pretexto para una escalada de formas de fascismo gubernamental y social. La vulnerabilidad económica conlleva un brusco deterioro o suspensión de ingresos, altas posibilidades de contagio y mínimas de atención en los casos las trabajadoras precarizadas, de las mujeres migrantes y refugiadas, en situación de cárcel, etc. El despunte de clasismo, racismo y xenofobia ha llegado al extremo de culpabilizar a estos sectores por la expansión del virus, y de difundir, de modo directo o velado, la idea de que hay vidas desechables, no viables. Se alientan actitudes sociales de vigilancia, no de solidaridad (D.A.W.N., 2020).

Como este, se han escrito varios estudios importantes respecto a estos procesos de acentuación de las opresiones, desigualdades, violencias y precariedades vinculadas a la labores del cuidado adentro y afuera de la casa (Gago y Cavallero, 2020) y se han organizado distintos espacios asamblearios y colectivos de resistencia feminista.

Así como hay una larga genealogía de estudios feministas sobre el cuidado también la hay respecto a las estrategias para pensar prácticas, discursividades y justicias feministas no punitivas (Varela y Daich, 2020; Trebisacce, 2020; Arbuét, 2020). Entendiendo al punitivismo como la apuesta histórica habitual a la resolución de los conflictos sociales –propios del patriarcado, del colonialismo y del capitalismo– mediante la implementación de mecanismos de control, tutela, persecución y vigilancia, así como de otros tipos de tecnologías de producción y gestión del “yo” vinculadas con la filosofía del castigo en las sociedades de disciplinarias y de control. El cruce entre esas dos vertientes problemáticas de los análisis feministas tiene algunos tópicos históricos de encuentro que actualmente han cobrado gran relevancia en los debates internos del movimiento: el reconocimiento del trabajo sexual, las cruzadas contra la transfobia, las formas de problematizar el consentimiento, el tipo de políticas ideadas para la prevención

de femicidios y la actuación ante la violencia de género. Sin embargo, no es nuestra intención detenernos en la descripción de estos importantes campos de activismo y producción teórica, nos interesa en cambio poder pensar en cómo las nociones mismas de cuidado de sí y de lxs otrxs, devenidas responsabilidad pública apremiante en la pandemia, activaron dentro de las filas del feminismo un conjunto de alarmas respecto al poder de policía (Rancière, 1996) interna y externa que dichas nociones performan.

## EL MIEDO COMO SENTIMIENTO PÚBLICO

*“(…) antes de que llegue el coronavirus en un cuerpo, había llegado en forma de miedo, de psicosis colectiva, de instructivo de clasificación, de instructivo de alejamiento.” María Galindo, Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir*

Las campañas gubernamentales preventivas del covid-19 en la Argentina a los inicios de la pandemia comenzaron con mensajes que vinculaban las pautas de responsabilidad civil frente a la pandemia con la defensa del país, la familia y el trabajo a través del cuidado de sí. Se trataba de slogans que oscilaban entre instrucciones educativas para prevenir el contagio y la propagación del virus y otros que remarcaban la heroicidad del acto de acatamiento del #QuedateEnCasa, cuidando a lxs otrxs desde la comodidad del living. Conforme la pandemia fue acelerando su curso los spots viraron –siguiendo un giro discursivo que se puede identificar en otros países también<sup>1</sup> – a propagandas de shock respecto a las consecuencias mortales que la desobediencia de dichas instrucciones y protocolos pueden traer para nuestros seres queridos mayores. El paradestinatario pasó a ser entonces esa población joven –entre los 20 y los 40 años– que es la que más se contagia –por ende la que más contagia– y, a su vez, la que dadas las características del virus tiene menor tasa de mortalidad. El giro de la estrategia de concientización tuvo como centro la interpelación al miedo como emoción política. No es la primera vez que vemos en marcha este uso de la estrategia de shock tan frecuente en campañas contra la violencia de género o contra los accidentes de tránsito, pero lo que nos interesaría pensar aquí es de qué modo este cambio en la forma de apelar al cuidado de sí, como vehículo del cuidado de lxs otrxs en pandemia, trabajó sobre el miedo –a la muerte– sin hacerse cargo del todo del mismo.

En primera instancia, porque aparece recurrentemente como la muerte de otrx. Si bien las estadísticas muestran que la edad promedio de lxs fallecidxs es de 73 años en Argentina, también mueren por covid jóvenes y niñxs, pero esos decesos no son relatados sino como excepcionales por ser numéricamente intrascendentes. Esto refuerza la ficción de inmunidad de buena parte de la población laboralmente activa a la vez que permite políticas tutelares de corte etario y capacitista<sup>2</sup>. Las famosas comorbilidades o enfermedades pre-existentes son

1 En España, por ejemplo, se puede observar este giro drásticamente del spot “#EsteVirusLoParamosUnidos” al spot “¡Protégete, protégenos!” sobre el calor que produce el barbijo y los grados a los que sube el crematorio, que se puede ver en el siguiente link: [https://www.youtube.com/watch?v=Q7glbAOGUVw&feature=youtu.be&ab\\_channel=ComunidaddeMadrid](https://www.youtube.com/watch?v=Q7glbAOGUVw&feature=youtu.be&ab_channel=ComunidaddeMadrid)

2 Como por ejemplo los decretos polémicos que prohibieron explícitamente la circulación de personas mayores o discapacitadxs. La

mentadas por los medios como una especie de antídoto contra la desesperación y justificación de las muertes, aunque es posible que no conozcamos muchas personas adultas que no tengan: hipertensión, fallas renales, diabetes, problemas pulmonares u otras patologías que se presentan como agravantes del covid-19. Esto expone cómo la laxitud de la “población de riesgo” es particularmente macabra y no deja de subrayar un mentiroso adentro/afuera de la comunidad plena, salva e inmune. Esta distribución desigual de la vulnerabilidad tiene dos presuposiciones, como ha señalado Judith Butler en su último libro: “primero, trata a los grupos como si ya estuvieran constituidos como vulnerables e invulnerables; segundo, fortalece una forma paternalista de poder en el mismo momento en que se requieren con más urgencia obligaciones sociales recíprocas.” (Butler, 2020c, p. 89)

Lo que nos lleva a la segunda instancia del problema: reconocer ese temor como sentimiento público supondría hacerse cargo de las afectaciones de una población desigualmente vulnerabilizada. Butler llamó la atención al inicio de la pandemia, en su artículo *El capitalismo tiene sus límites*, sobre la no discriminación del virus y las maneras en las que el capitalismo sí lo hace, asegurando la pervivencia de algunxs a cualquier costa mientras se decide dejar morir a vidas que no son merecedoras “de ser protegidas contra la enfermedad y la muerte” (*Ibidem*, p. 62). Más allá de los efectos cegadores de la alienación y del azuzamiento político de los blancos movimientos anticuarentena (que han llevado a reducir la libertad a la posibilidad de no usar barbijo o de reanudar formas no virtuales de consumo), la gran mayoría de las personas que poblamos este mundo somos conscientes de que nuestras vidas corren riesgo siempre que los sistemas de salud de nuestros países o regiones colapsen dado que no estaríamos contadxs entre “aquellos quienes a toda costa serán protegidos de la muerte” (*Ibidem*, p. 62). Aún a pesar de este saber y frente a un miedo colectivo que todxs sentimos, de forma constante o aleatoria, las campañas gubernamentales respecto a lo que se entiende por “cuidado” en este contexto –distanciamiento, barbijo, higiene de manos y superficies de contacto, no salir a menos que sea necesario– trabajan sobre la masiva incapacidad de admitir el temor de salir o, más bien, sobre la absoluta negación de este sentimiento de precariedad como parte de la estructura de sentimientos plausible.

De hecho no deja de sorprendernos cuando en notas o reportajes algún/x vecin/x o comerciante en vez de festejar la nueva posibilidad de circular o abrir el local dice que tiene miedo de contagiarse. Como si ningún sentimiento debiera anteponerse al deseo de “volver a la normalidad”, como si la representación hegemónica de la población fuese de hecho la blanca anticuarentena de la derecha que se manifiesta en las plazas y en marchas, o las personas que aparecen en la televisión o en las redes de copas en bares mientras los comunicados de salud son cada vez más alarmantes. De modo tal que cualquier registro de la angustia, la desesperanza, el dolor, la depresión y el miedo (Berlant, 2011; Ahmed, 2019) como pulso de la época tiende a ser obturado como gesto o sentir genuino, posible o habitable de buena parte de la so-

---

misma población que pasa a ser potencialmente más sacrificable cuando se tiene que aplicar el protocolo “ético” respecto a qué vidas sostener cuando los recursos son escasos.

ciudad. Así, mientras las campañas de concientización giran en torno al miedo, buscan azuzar un sentimiento que acto seguido esperan que no sea reconocido públicamente como el sentir dominante de la sociedad. Se refuerza así la imagen de una población que, inconsciente de su vulnerabilidad en medio de su deseo irrefrenable de hacer una vida igual a la de antes del covid-19, gira en torno de una profecía auto-cumplida.

Esta línea de intervención no sólo no reconoce que vivimos en una sociedad que está armada a modo de comunidad de la falta a través del miedo –especialmente a lxs otrxs– (Esposito, 2003), sino que además olvida que son esas mismas condiciones de supuesta normalidad las que provocan la precariedad diferencial y obligan a estrategias recurrentes de olvido (siempre parciales) respecto a la exposición real para poder sobrevivir en una sociedad capitalista, racista y sexista. Es decir, quienes sí o sí necesitan salir a la calle para poder vivir, sean o no caracterizados sus labores como “trabajos esenciales”, tienen que poder conjugar ese temor a morir tras un contagio y es parte de la perversión meritocrática neoliberal que eso sea codificado como inconsciencia, o como un acto igual a los de quienes no soportan más quedarse en casa haciendo teletrabajo –y no es que el teletrabajo no sea una nueva cumbre en los procesos de auto-explotación de lxs empresarixs de sí–.

## SEGURIDAD Y CUIDADOS: LA JERARQUIZACIÓN DE CIUDADANÍAS EN PANDEMIA

Miedo, cuidado y seguridad han estado íntimamente enlazados desde inicios de la sociedad disciplinar y de las operaciones sistemáticas de gestión biopolítica de la población exploradas por las sociedades de control (Foucault, 2006; Garland, 2001). Hace ya muchas décadas que las fuerzas de seguridad utilizan recurrentemente la idea de cuidado para sostener la vigilancia, legitimar la represión y habilitar nuevas formas de control. Esto sólo se ha acentuado durante la pandemia, donde mientras los Estados reconocen a las fuerzas represivas como parte sustancial de la “primera línea” de combate contra el virus –junto con el personal de salud– las violencias policiales han dado un salto exponencial<sup>3</sup>, tal y como lo ha denunciado el Grupo de Arte Callejero (G.A.C.). En su última intervención, del 9 de agosto en el monumento porteño a los caídos por la fiebre amarilla, ha leído su *Manifiesto contra el Yutavirus*:

Es sabido que el Covid 19 y el Yutavirus se cruzaron, era de esperar, ya que son dos enfermedades que se debaten y alimentan con el miedo (...) Ya por el 20 de marzo, hubo al menos tres casos de víctimas de Yutavirus 2020, resonantes en el país sus nombres son –Facundo Castro, Raúl Dávila, Lucas Verón– ellos dan cuenta de una pandemia tan

3 Los datos se pueden consultar en el informe anual ante el Congreso presentado por el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura, presentado el 6 de octubre del 2020. En otro registro, se puede consultar la nota de Esteban Viú, “La otra pandemia: violencia institucional”, La Tinta, 30 de marzo, disponible en : <https://latinta.com.ar/2020/03/la-otra-pandemia-violencia-institucional/>

vieja y conocida por les argentines, que hoy rebrota y rebota entre todes nosotres. Ostentosa en el contexto de aislamiento, el yutavirus 2020 sepa argenta, lleva ya 71 casos de muertes por apremios ilegales en pueblos, descampados, cárceles y comisarias. No es un policía es toda la Institución. Desde el 20 de marzo pasado, hay 71 casos de personas asesinadas por el aparato represivo estatal (GAC, 2020).

Mes y medio después de la acción del G.A.C. lxs muertxs por gatillo fácil llegan en Argentina al centenar, según los registros de la CORREPI. Así mismo las agresiones policiales han crecido exponencialmente, llenando comisarias y cárceles que no cumplen con ningún protocolo sanitario<sup>4</sup>, avaladas por un discurso persecutorio y criminalizante sobre quiénes “nos” ponen en peligro por no seguir las normas del Estado. Sin reparar en los presupuestos mentirosos de ese “nosotros” nada homogéneo y –como señala la activista colombiana Celenis Rodríguez (Núñez et al., 2020)– sin explicitar desde dónde están construidas esas normas, es decir, con miras a preservar qué tipos de vidas aislables y a valorizar qué trabajos reconocidos como trabajos.

En Argentina, por ejemplo, las trabajadoras sexuales fueron excluidas de último momento –en medio del proceso de llenado de las planillas, por acción de grupos abolicionistas– de ser consideradas como parte de la economía informal apta para recibir el Ingreso Familiar de Emergencia (I.F.E.). También podemos repasar las terribles noticias de trabajadoras domésticas viajando en baúles para ir a trabajar limpiando las casas de sus patrones sin que realmente exista la posibilidad de decir que no, preservarse del virus y seguir cobrando<sup>5</sup>. Las mismas trabajadoras que fueron luego estigmatizadas en muchos lugares de América Latina por ser transportadoras del virus. En otras palabras ¿a quién cuida el Estado? o, como señala una de las campañas de la Asamblea Trabajadoras en Tiempos de Pandemia, “¿Seguridad es cuidado?”. Posiblemente estos sentidos sean complementarios para las personas que no ocuparán las doce nuevas cárceles que el Estado argentino ha mandado a construir en lo que se conoce como la inversión en seguridad más grande de la historia del país<sup>6</sup>, anunciada rimbombantemente en medio de una de las crisis económicas más terribles. No hay demasiado subtexto respecto a qué “peligros” se pretende atender con tamaña inyección de dinero y reconocimiento en las fuerzas represivas. En palabras de la Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional:

Con la incorporación de esos 10.000 nuevos bonaerenses, como ya lo señalamos en la nota sobre el Plan Centinela, la policía de la provincia de Buenos Aires superará los 102.000 efectivos, particularmente desplegados en los partidos del conurbano. Si a eso agregamos los 4.000 integrantes de fuerzas federales, estamos frente a una tropa com-

4 Cfr. Umpierrez, Analia, Chiponi, María y Rubin, María José (comps.) (2020). El encierro en el encierro. Reflexiones e informes iniciales sobre cárcel, universidad y prácticas políticas en contexto de pandemia, Newsletter, N°43, UBA. Disponible en: <https://www.soc.unicen.edu.ar/index.php/categoria-editorial/277-newsletter/n-43/4020-newsletter-n-43-el-encierro-en-el-encierro-reflexiones-e-informes-iniciales-sobre-carcel-universidad-y-practicas-politicas-en-contexto-de-covid-19>

5 Cfr. Varano, Majo (2020). “Las invisibles: trabajadoras domésticas en tiempos de COVID-19”, La izquierda diario, 22 de abril. Disponible en: <http://www.laizquierdadiario.com/Las-invisibles-trabajadoras-domesticas-en-tiempos-de-COVID-19>

6 En el siguiente link se puede acceder a las declaraciones al respecto del gobernador de la provincia de Buenos Aires, Axel Kicillof: <https://www.telam.com.ar/notas/202009/510366-kicillof-es-uno-de-los-planes-de-seguridad-mas-grandes-del-que-se-tenga-memoria.html>

binada de tal envergadura que superará los 1.000 uniformados armados cada 100.000 habitantes y convierte a la provincia en el lugar con más proporción de efectivos en las calles del mundo (CORREPI, 2020).

Estas cifras impresionantes –cuyo eco puede seguirse en el impulso de los presupuestos de seguridad de los gobiernos de Chile, Brasil, Colombia, entre otros– no hacen más que reforzar un hecho terrible respecto a los límites clasistas y racistas de la presunción inmunitaria antes mencionada: para muchxs jóvenes, marrones, negrxs y pobres de toda América Latina el yutavirus tiene una letalidad mucho más acuciante y real que el coronavirus. De hecho para muchxs de estxs jóvenes evitar la policía es un acto de cuidado y de sobrevivencia.

Por otra parte, nos interesa aquí es pensar cómo esa misma unión –entre miedo, cuidado y seguridad– que habilita esto que el G.A.C. llama yutavirus opera también en micropolíticas feministas del cuidado en este contexto pandémico. Porque el punitivismo es una filosofía del castigo y el único castigo posible no es la pena, entre sus varios formatos también están la vigilancia, el control y la estigmatización–que, como sabemos son productores de subjetividad–. Al respecto, en el marco primero de la cuarentena y luego del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (Di.S.P.O.) que se sucedieron en la Argentina, hemos escuchado la repetición de la frase “yo sé que vos te estás cuidando”<sup>7</sup>, cuando dos personas que están atravesando estas instancias de reclusión separadas discuten la posibilidad de encontrarse clandestinamente. La frase luego va acompañada o de una excusación –un pero– o de un reconocimiento de ese cuidado, quizás para habilitar la posibilidad de verse o quizás simplemente para comparar situaciones de auto-exclusión sostenida. Más allá de sus efectos en la acción posterior, la fórmula en sí misma performa un saber –supuesto, artificial y muchas veces arbitrario– sobre el vínculo de esx otrx con los protocolos de prevención en pandemia, sus deseos y posibilidades de aislamiento y/o contacto-contagio.

Recurrentemente la frase encubre en sí misma una hipocresía, es decir, en realidad pensamos que esa otra persona se está exponiendo innecesariamente pero igual creemos que es conveniente activar –como escudo de diálogo– la presunción sobre ese/su cuidado. Porque lo que no estamos dispuestxs a pensar, cada vez que la frase aparece, es la posibilidad de que alguien realmente elija exponerse y cuáles serían las consecuencias simbólicas y materiales de tal elección. De hacerlo ingresarían algunas variables problemáticas sobre esa decisión de exponerse que activan juicios de valor complicados: la suposición de una cierta inconciencia o de un contacto estrecho con su pulsión de muerte; el egoísmo sobre todxs aquellxs con lxs que tiene contacto y que no participaron de esa decisión ni han sido anoticiadxs; la falta de horizonte sobre quiénes van a sostener los cuidados de ese cuerpo enfermo si cuando se contagia no llega a ser asintomáticx, etc. Este conjunto de presunciones, que abre una brecha entre gente que se cuida y gente que no, gente responsable y gente que no, nos llevan a dilemas que los

7 Me llamó la atención respecto a la construcción de este shifter mi colega y amiga Florencia Degrossi.

feminismos se han ocupado de discutir –como parte de cruzadas contra el pánico moral y las formas tutelares de control y victimización–, dado que actualizan la internalización de técnicas de vigilancia y estigmatización cotidianas que aplicamos cuando no debatimos abiertamente, ¿cómo nos cuidamos colectivamente sin poner en uso los modos de averiguación –disponibles en redes sociales– sobre las condiciones, salidas, encuentros de lxs otrxs?, ¿qué estrategias estamos dispuestxs a sostener para suspender esas presunciones sobre el cuidado correcto o incorrecto de lxs otrxs?, ¿cómo trabajamos sobre la explicitación de los pactos de cuidado, exposición y contagio con las personas que tenemos vínculos?, ¿cómo se gestiona esa difícil “verdad de sí” sobre el contagio, los deseos y los temores de una vida digna en la “nueva normalidad”? Una verdad de sí que, como dispositivo de vigilancia y cuidado, es tan perseguida como prácticamente inaplicable en el caso del covid-19 en la mayor parte de los países latinoamericanos –dada la falta de hisopados y la imposibilidad de saberse enfermarse para la mayoría de lxs asintomáticxs–. A pesar de esto, los casos donde la estigmatización y el escrache de quienes están contagiados se han hecho sentir en edificios, vecinales y lugares de trabajo. Recordando las pulsiones del viejo “delito por peligro de contagio” del sida –que quiso implementarse hace pocos años en Mendoza<sup>8</sup> y que de hecho existe en otros lugares, como México–<sup>9</sup>.

Hay varias colisiones peligrosas entre los discursos de cuidado individual de sí y de lxs otrxs, y la tendencia a reivindicar la posibilidad de inmunidad como elemento sustancial del deseo nacional; mientras se amplifica un miedo a la muerte, que aparece como políticamente necesario para las pautas estatales de prevención y como inconfesable en tanto sentimiento público. El resultado es el refuerzo de sociedades de control altamente desarrolladas, que usan la información sobre otrxs punitivamente, y que se mueven a través de un conjunto de complicados presupuestos sobre las vidas, las necesidades y los anhelos ajenos. Entramados sociales deshilachados donde discursos clasemedieros, blancos, heterosexuales y cis de cuidado intervienen, en la línea de las miserias altamente aprendidas, mientras actúan frente a la pandemia con regímenes de abstención y “permitidos” sociales como si de una dieta se tratase.

## CUIDADOS DIFERENCIALES, DECISIONES POLÍTICAS Y SUBJETIVACIÓN

8 Cfr. Cuello, Nicolás (2018), “Vigilar y castigar ¿Qué pretende el código contravencional de Mendoza?”, Cosecha Roja. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202009/510366-kicillof-es-uno-de-los-planes-de-seguridad-mas-grandes-del-que-se-tenga-memoria.html>

9 De hecho las conexiones sensibles en la memoria colectiva entre un virus y el otro son muchas. En Argentina, la misma organización –la Fundación Huésped– que trabajó en tratamientos y campañas contra la estigmatización de las personas seropositivas, abrió en medio de la actual crisis un número telefónico para personas hostigadas por vecinxs, al trascender su condición de infectadxs.

La noción de que todas las personas necesitamos cuidados y también poder cuidar –inscripto ya sea como un acto afirmativo de la autonomía o como un modo de vincularse con el mundo– es a estas alturas una obviedad. Otro tanto sucede con la idea de que necesitamos y demandamos cuidados diferenciales, es decir, que no hay un cuidado genérico. Sin embargo, este carácter diferencial, situado, personal e íntimo del cuidado, lleva consigo un conjunto de presuposiciones que no son tan ampliamente aceptadas. Por ejemplo, cuidar puede ser discutir, puede ser ayudar a morir, puede ser olvidar y también, han discutido algunas lecturas feministas, cuidar puede ser contagiarse. En el contexto pandémico, esa diferenciación ha tocado fondo en varios momentos, estallando la noción gubernamental de cuidado entendido como distancia con las formas particulares de experimentar y pensar el cuidado en comunidades, en relaciones intersubjetivas o en soledad.

Entre marzo y abril, fueron publicados dos textos inquietantes que revisaron lo nocivo, racista, clasista y desafectado que puede ser plantarse una forma genérica de cuidado y de decisión correcta frente a las vidas y las muertes por covid-19. El primer texto es el de María Galindo *Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir* y el segundo es *No tener olfato* de Ana Longoni. A pesar del carácter testimonial que conecta ambos textos, los registros son muy distintos. Mientras que el de Galindo asume desde su título un tono revulsivo y de disputa, el de Longoni se desliza entre la reclusión, la deriva y las afectaciones en medio de la pérdida absoluta de certezas y de lugar en el mundo tras saberse sin olfato, contagiada, sin contacto y “secuestrada en su hogar”, como diría Butler (2020a). A pesar de esta gran distancia, ambas reflexionan sobre qué sería cuidar como un gesto de amarrarse a la vida y, más específicamente, a una vida elegida en sus términos.

El escrito de Galindo es particularmente molesto porque combina una gran lucidez, respecto a las formas de control que la crisis del covid pareciera justificar en su excepcionalidad, con un complicado llamado al contagio masivo de la población boliviana, como forma de resistencia. Llamado que provocó gran inquietud en cuando salió en marzo, cuando la peste aún no había asolado completamente a América Latina. En el mismo se lee:

El coronavirus es un miedo al contagio. / El coronavirus es una orden de confinamiento, por muy absurda que esta sea. / El coronavirus es una orden de distancia, por muy imposible que esta sea. (...) / El coronavirus es un código de calificación de las llamadas actividades imprescindibles, donde lo único que está permitido es que vayamos a trabajar o que trabajemos en teletrabajo como signo de que estamos viv@s. (...) El coronavirus es un arma de destrucción y prohibición, aparentemente legítima, de la protesta social, donde nos dicen que lo más peligroso es juntarnos y reunirnos (Galindo, 2020, p. 120).

La intervención fue interpelada como imprudente, fuera del *timing* de todos los discursos gubernamentales y sociales del momento. A través de un llamamiento al contagio masivo de la

población boliviana a contrapelo de cualquier noción de cuidado mediante el aislamiento y el distanciamiento social, Galindo les proponía preparar sus cuerpos para el contagio. Lo hacía en momentos en que los discursos médicos, científicos y pseudo-científicos remarcaban que por más olla popular, medicina ancestral y proceso de cuidado colectivo en marcha, había ciertos cuerpos que quizás nunca pudieran estar exactamente preparados para el contagio de un virus como el covid-19. Hoy, seis meses después, viendo cómo el virus ha hecho estragos en la sociedad boliviana, donde las personas mueren –como anunciaba Galindo– en sus casas, apiñadas en las recepciones de centros de salud, en las calles, sin que el sistema sanitario –completamente desvencijado– haga algo, mientras la presidenta organiza vuelos para bendecir las poblaciones y así inmunizarlas, el texto cobra las razones de toda una población cuyo cuidado fue pensado en términos genéricos, estatales, católicos y occidentales. Una forma de cuidado que lo único que trató de prevenir realmente fue la revuelta –y a pesar de eso las comunidades bolivianas se movilizaron masivamente– y que sin reparar en las condiciones y posibilidades alimenticias, habitacionales y culturales de los pueblos que componen Bolivia, determinó protocolos policiales y militares de salud pública que contribuyeron a la muerte solitaria, doméstica y pobre de miles de bolivianxs boicoteando, persiguiendo y penalizando las formas comunitarias de ayuda. Aún así, ese cuidado particular, urgente y político, se dio sus estrategias para armar comunidad y persistir apuntalando otras subjetivaciones posibles, no atrapadas por la asepsia y el anonimato de las muertes por fuera del registro de la dualidad:

Hicimos ollas comunes con y para las trabajadoras sexuales, fabricamos alcohol en gel casero, fricciones y ungüentos prohibidos para sostener nuestro trabajo. Cuando empezaron a popularizarse las bolsas para muertos y las fosas comunes porque no habían ya ataúdes y las tumbas se habían convertido en un lujo, fabricamos ataúdes de cartón pintados a mano y personalizados para la celebración de velorios simbólicos. En una ciudad vacía y militarizada donde se podía circular solo para cuestiones urgentes nos dedicamos a grafitear frases como “Quédate en casa no es lo mismo que cállate en casa” (Galindo. 2020b).

En Argentina, la llegada del coronavirus a los barrios pobres y villas, supuso desde el primer momento la acción organizada de lxs referentes barriales, muchas de ellxs son mujeres a cargo de comedores, guarderías, merenderos, escuelas y otras asociaciones, que de tiempo completo se ocupan de administrar la precariedad. Muchas de estas personas sumaron a sus anteriores tareas vitales ahora la asistencia a las personas y familias infectadas; el agenciamiento de productos y prácticas de higiene de espacios; el reclamo público ante la falta de recursos, agua potable o lugares donde transitar la enfermedad sin seguir contagiando; el registro de la cantidad de casos y sus complicaciones; haciéndose cargo a su vez de agenciar la reproducción de la vida, los estallidos de violencia y las nuevas demandas que emergieron al calor del estancamiento económico, el hostigamiento policial y las condiciones de aislamiento. Estxs referen-txs fueron también quienes primero se enfermaron y muchxs de ellxs cuentan entre las filas de

lxs primerxs muertxs de covid-19 en nuestro país<sup>10</sup>. Versiones de estas mismas historias –del agenciamiento colectivo de los cuidados en la emergencia en medio de una precariedad absoluta– se replican en distintas latitudes de América Latina, experiencias como “el pueblo cuida al pueblo” en Chile; las distintas organizaciones de mujeres indígenas en muchas regiones olvidadas por los Estados excepto a la hora de reprimir y explotar recursos; las colectividades feministas y disidentes sexuales en Brasil, denunciando las azoladas racistas y sexistas de la represión; las organizaciones de madres de los falsos positivos en Colombia, el proceso cada vez más crudo de choque contra los asesinatos perpetrados por la policía y el armado de redes de defensa. Los cuidados colectivos anteceden al Estado y a la pandemia, y tienen como característica que necesitan comprender cabalmente la ductilidad de la noción misma de cuidado, su profundo situacionismo, para que la acción de cuidado no conspire contra la pervivencia. Esto supone, no pensar los cuidados como un acto pasivo sino imaginarlos también como defensa, como lucha contra el hambre o por la vivienda.

El segundo texto, *No tener olfato*, de Ana Longoni, recoge también esa ductilidad de la noción política de cuidado, estallando la quimera de ese giro epistémico que supone la posesión de sí. Es decir, poniendo en escena como la enfermedad horada ese “sí mismo”, esa propiedad tan esquiva y maleable que es el cuerpo que no depende sólo de unx y que es arrojado –mediante un proceso de expropiación viral– a ajustar cuentas con la soberanía de/en la muerte. ¿Qué es lo que deseamos cuidar de nosotrxs?, ¿qué es lo que pensamos que podemos perder sin perder los sentidos que nos sostienen?, y, consiguientemente ¿hasta dónde vamos a sostener ese cuidado de lxs otrxs, negociando entre sus términos, los propios y los de las prescripciones sanitarias gubernamentales? por ejemplo en torno al duelo, a la posibilidad de llorar las vidas no sólo pública y colectivamente sino también a registrar, acompañar y ser parte de esas muertes de seres queridxs. Los protocolos sanitarios han confiscado la elección de ese contacto/contagio y no estamos aún en condiciones de dimensionar la enorme yaga social de esas muertes a distancia y en soledad:

La prensa da cuenta de rituales mortuorios a distancia, de velorios virtuales por skype o zoom, de entierros transmitidos desde lejos, a distancia prudencial, por el teléfono móvil, de morgues atiborradas e improvisadas y de ataúdes que parten con destino incierto, de cadáveres abandonados en las calles durante días, de cuerpos que nadie cuenta ni reconoce. ¿Adónde quedarán esos muertxs, nuestros muertxs? ¿Adónde quedaremos los vivxs? ¿Adónde? (Longoni, 2020).

Longoni recupera en su texto, escrito en cuarentena al estar enferma de covid-19, la narración recogida por Svetlana Alexiévich (2015), de una mujer embarazada cuyo marido estaba agonizando luego del estallido de Chernóbil y ella, pese a las recomendaciones, decide abrazarlo, acompañando esa despedida. Una decisión que le valió su salud y la pérdida del embarazo en

10 Un análisis de estas situaciones de lxs trabajadorxs esenciales está disponible en el texto de acceso libre: Giorgi, Gabriel (2020). “Leer las imágenes del contagio”, en A.A.V.V., Posnormales, ASPO.

curso. Pese a la romantización de esta elección trágica, hay en ese gesto bastante más que sacrificio, aparece ahí una jerarquización de necesidades y deseos y también de cuidado no sólo de ese otro convaleciente, sino –principalmente– de sí. A veces el cuidado de sí puede significar daño y peligro en pos de sostener una vida en los propios términos, no una vida aséptica, no una vida genérica, sino la propia con sus sentidos afectivos. Ese es un registro que el discurso de la prevención no puede capturar y que debe reconocerse como válido, posible y discutible si queremos pensar lo humano desde una lógica distinta al de la gestión de la población.

Pocos días antes de la salida del testimonio de Longoni, la antropóloga feminista Rita Segato explicaba cómo la gestión de Alberto Fernández permitía hablar de un “Estado materno”<sup>11</sup> que nos cuida en Argentina. Este del cuidado como reactualización genérica tiene la gran dificultad de naturalizar la maternidad –y por ende retornar a parte de la mística de la feminidad– y de analogar una vez más lo doméstico con lo político –cambiando simplemente la figura paterna por la materna–. A la vez que desconoce el hecho de que la construcción social de la maternidad suele arrogarse el saber absoluto sobre las necesidades de lxs hijxs (Ahmed, 2019), actuando inconsultamente “por nuestro bien” obturando la imaginación sobre otros modos posibles de vincularse y redescubrirse, perfomateando de antemano un modo de pensar la felicidad, la realización, la normalidad y, con ello, los sentidos de la propia existencia.

La importancia del contacto y de los sentidos en los cuidados, como su carácter eminentemente personal y político, puesto en discusión en el texto de Longoni, alerta entre otras cosas sobre la indolencia con la que nos hemos acostumbrado a esas muertes cotidianas extrañas es la contrapartida de las muertes privadas, en el mejor de los casos vía *meet*, que están reconfigurando los modos de morir, vivir y estar-ante-la-muerte. Capas de vidrio, látex, pantallas nos separan en ese “exilio de la piel” –para decirlo en términos de val flores (2020)– que estamos enfrentando y del que posiblemente muchos aprendizajes corpóreos no se reviertan más. En parte, porque esta situación que estamos atravesando ha llegado para quedarse y las próximas vacunas no nos salvarán de un régimen de explotación y consumo basado en el extractivismo y el agro-negocio como apuestas de (no) futuro, prometiendo nuevas pestes, calamidades ecológicas y miserias de una humanidad aterradora. En parte, porque el cuerpo tiene una memoria de ese miedo, ese peligro y esa distancia que se conjuran hegemonícamente como el único modo posible de prevención y cuidado.

## DOMESTICIDAD Y PELIGRO EN PANDEMIA

Otro de los tópicos donde se ha centrado la crítica feminista en tiempo de pandemia ha sido la relativización de la noción de “casa” como “hogar” o “refugio” (Butler, 2020b; Preciado, 2020b, 2000c; Galindo, 2020b), frente al imperativo público de reducir la circulación y resguar-

11 En entrevista dada al canal televisivo C5N, el 23 de marzo de 2020.

darse en la domesticidad. La peligrosidad de la casa ha sido señalada de manera masiva por los números crecientes de femicidios y por la importante cantidad de denuncias de violencia doméstica. También, aunque con menos eco, ha sido denunciada por los testimonios, pedidos en redes y algunos relevamientos (como el de la ILGALAC) respecto a las violencias que enfrentan jóvenes lesbianas, maricas, trans y travestis al verse obligadxs a quedarse en las casas de familiares que lxs violentan o al verse expuestxs a los atropellos de los rastrillajes callejeros policiales cuando deambulan por la calle dilatando el regreso a lugares espantosos. La peligrosidad doméstica también ha sido señalada por el miedo al hambre si no se sale a trabajar, por el temor al desalojo, por las condiciones habitacionales imposibles y por las violencias descargadas sobre lxs migrantes, que hacen de su estar en tránsito una amenaza a las fronteras sanitarias, militares y policiales.

Por otra parte, esta relativización de los hogares como refugios, ha sido movilizada por un conjunto de preguntas respecto a qué se considera o no como hogar y como familia, dónde quedan las comunidades en medio de estas distinciones gubernamentales, qué sucede con las otras redes afectivas que forman parte de nuestros refugios, y de qué modo las condiciones de reclusión pandémica estabilizan, empobrecen y escinden en versiones más porosas de la vida con otrxs. ¿Con quiénes nos encerramos o auto-secuestramos?, ¿qué tipo de familias y/o uniones afectivas han sido completamente deslegitimadas en estas medidas de aislamiento?, ¿cómo se refuerza la soledad en medio de la pandemia?, ¿qué pasa con los cuerpos y deseos en medio de la reclusión?, ¿qué sucede también, paradójicamente, con la impugnación social del deseo de auto-secuestrarse en el hogar?. Todos estos problemas son completamente acuciantes y a su vez parecen miserias pequeñoburguesas si las sopesamos con la añoranza de la domesticidad como destino, por ejemplo por parte de todas aquellas personas pobres, indígenas, isleñas o del monte, que están siendo criminalizadas en masa por la ocupación de terrenos fiscales o privados<sup>12</sup>. Un asunto que en este último mes ha sido centro de una enorme campaña mediática en Argentina, que ha encontrado en estas personas los nuevos promotores de la otredad, expuestos para generar el odio colectivo, para avalar la inversión en las fuerzas represivas y para girar la mirada del alarmante proceso de quema de humedales, montes y bosques<sup>13</sup> destinados al agro o a los negocios inmobiliarios.

Con el slogan #Quedateencasa, el Estado argentino inició una campaña para la reducción de la circulación del contagio, que evitó el colapso sanitario nacional inmediato y la muerte de miles de personas. Frente a las políticas negacionistas de Brasil, a las continuidades fascistas de un Chile en llamas (al que la pandemia le ha servido para tratar, infructuosamente, de apagar

12 Los casos son numerosos y recorren todo lo ancho de país, desde comunidades indígenas en el Chaco y el sur a asentamientos en Rosario, Córdoba y Buenos Aires, posiblemente el caso más emblemático ha sido la ocupación y el posterior desalojo, brutalmente represivo, de Guernica. Con un despliegue policial que dio lugar a spots publicitarios militaristas por parte del ministro de seguridad de la provincia, Sergio Berni, en defensa de la propiedad privada. Se puede ver al respecto el libro digital *Tierra para Vivir, feminismos para habitar*, parte del Proyecto Reunión de Dani Zelko, de libre descarga.

13 Cfr. Kandus, Patricia, Morandeira, Natalia y Minotti, Priscilla (2020). "El Delta en llamas: incendios en las islas del bajo Paraná", UNSAM. Disponible en: <https://noticias.unsam.edu.ar/2020/08/10/el-delta-en-llamas-incendios-en-las-islas-del-bajo-parana/>; Smink, Verónica (2020). "10 veces el tamaño de la ciudad de Buenos Aires": los masivos incendios en la provincia de Córdoba que han causado un "ecocidio" en Argentina", BBC. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-54458566>

el estallido político) o las medidas de circulación por sexo binario de Perú, Colombia o Panamá (que tanto castigaron a las poblaciones travesti y trans<sup>14</sup>), las políticas estatales argentinas iniciales parecieran al menos apelar a principios proteccionistas que dieron durante unos meses algo de tranquilidad a una parte de su población. Sin embargo, como sostuvo Moira Pérez (Núñez et al., 2020), las políticas tutelares de este tiempo no dejan de oscilar entre un Estado Benefactor<sup>15</sup> y un Estado (Policial) Represivo. Durante estos meses la selectividad al respecto de qué versión del Estado aplicar en cada caso se ha agudizado notablemente y la “domesticidad”, medida como la posibilidad económica, social y cultural de auto-reclusión, se ha transformado en uno de los indicadores respecto a qué Estado te corresponde.

Lo doméstico tiene, desde sus orígenes, relaciones espurias con lo normal y actualmente hay una preocupación tan grande por poder dilucidar esa tan mentada “nueva normalidad” que nos olvidamos de preguntarnos por el proceso ya en marcha de conformación de nuevas domesticidades –como partes sustanciales de los legados de esta pandemia–. Como señaló Nelly Richard (2020), la idea de que acabado este tiempo de impasse y espera al que nos somete la peste, reconectemos sin más con las fuerzas, las ganas, los diversos empujes y acciones colectivas que tenían lugar antes de la pandemia es una quimera. Richard habla, por supuesto, desde el escenario incendiario chileno que no ha dado tregua desde octubre del 2019 (Arbuet y Gutiérrez, 2020) y que ahora enfrenta este impasse forzoso de higienización, vaciamiento y censura del espacio público. Y así como ese escenario podemos pensar tantos otros que estaban en marcha desde hace varios años, si imaginamos un mapa que contemple los levantamientos feministas, decoloniales, antirracistas del globo, como nos figuró Paul Preciado (2020c) en *Estábamos al borde de una revolución feminista ... y luego llegó el virus*.

Con comprensible obnubilación, con los ojos puestos en una vacuna que abra la etapa pos-pandémica, hemos puesto poca atención a las transformaciones políticas inmanentes a este proceso de espera, duda y desazón. Donde la virtualidad, la desconfianza del tacto, la exposición diferenciada en nuevos términos, y las formas mediadas deshumanizantes de lidiar con el peligro de la muerte, parecieran haber llegado para quedarse. Afortunadamente, en el medio, ocurren también otras experiencias, muchas veces motorizadas por comunidades que no tienen el complejo privilegio de poder simplemente dejarse arrastrar por la marea de esta desazón. Nos referimos a colectivos cuya existencia depende de la resistencia. Por ejemplo, en Argentina, en las estrategias montadas por las Mujeres indígenas por el buen vivir, en las cuadrillas para apagar el fuego en todo el país, en las ollas populares y estructuras de contención inventadas en barrios pobres y villas, en las casas de personas trans, los programas y acciones

14 “La medida de “Pico y Género” establecida en Perú, Panamá y Colombia como método de restricción de la circulación de las personas en espacios públicos de acuerdo con el criterio de sexo, ha sido denunciada por organizaciones sociales de personas trans\* como violatoria de los Derechos Humanos al poner en riesgo la vida, integridad física y salud mental de las personas trans\*, además de abrir una ventana de vulnerabilidad al contagio del Covid-19 basado en la identidad y expresión de género. Dicha medida establece días específicos para la circulación de hombres y mujeres de forma segregada de acuerdo con los parámetros de excepción establecidos en cada país (abastecimiento de alimentos y medicamentos, etc.)” (Radi y Losada Castilla, 2020, p.49)

15 Que se jacta de implementar el IFE –a pesar de llegar a destiempo y ser muy insuficiente–, paga parte de los salarios de trabajadorxs de empresas mientras no abre paritarias, le sube el salario a la policía mientras el personal de salud sigue cobrando miserias, aprueba el cupo laboral trava/trans y un subsidio para personas expuestas a violencia de género mientras anuncia el plan Centinela.

de provisión de alimentos para personas LGBTIQ –como “Nos cuidamos entre todes” en CABA–, en las comunidades de trabajadoras sexuales, en las organizaciones que siguen tratando de asegurar abortos clandestinos lo más seguros posibles, etc. Una vez más estas maniobras colectivas de auto-cuidado, que en su hacer minan la distinción misma entre cuidado de sí y cuidado de lxs otrxs, son las que mantienen ciertas posibilidades de otras humanidades. La pregunta política que suele imponerse, sin embargo, es sobre cuál es la potencia deseante que atraviesa a tales acciones; cómo se expanden; cómo se trama ese contagio entre indignación, necesidad y deseo instituyente; qué imágenes de futuro vemos en estas estrategias del cuidado colectivas. Nelly Richard, se lo pregunta con mucha preocupación y cierta alarma:

(...) una de las consignas de los comedores populares es “el pueblo cuida al pueblo”, mostrando el autocuidado como reverso antineoliberal. Pero tengo la impresión, sin estar segura para nada de lo que estoy diciendo, que estas formas de resistencia hablan un lenguaje distinto, al menos por el momento, al de las protestas de octubre. Las de ahora son protestas urgidas básicamente por la necesidad, mientras que las de octubre eran luchas de deseo, para retomar la expresión de Guattari. Es decir, eran luchas guiadas por un imaginario utópico de ampliación de los posibles, que iban más allá de la satisfacción inmediata de las necesidades básicas, que va a ser ahora la urgencia (Richard, 2020).

La defensa ante la urgencia de necesidades básicas insatisfechas y contra la continua violencia, ocupa actualmente el foco de toda resistencia política interseccional. Se trata de urgencias vitales de grandes partes de la población que ingresan en la pobreza o en indigencia, que agudizan sus situaciones precarias pre-existentes y que funcionan como el marco de proceso de domesticación del resto. Es decir, como la contracara amenazante que revaloriza el privilegio de poder quedarse en casa y los diversos consumos y expansiones vitales de la domesticidad. Quienes se exponen al exterior pasan a ser narradxs como héroes, si su labor es valorada como parte de un trabajo esencial; o como víctimas –siempre latentemente peligrosas– si su trabajo escapa a la comprensión genérica de lo que las campañas publicitarias públicas y privadas nos remarcan que son actividades vinculadas al consumo necesario. A pesar de que, como señalan lxs trabajadorxs precarizadxs, su trabajo es esencial para ellxs en tanto no comen si no lo hacen. El agravamiento sustancial de las condiciones de vida, la apuesta a la represión como principal respuesta a estas necesidades transformadas en potenciales peligros, la venta mediática de lo doméstico como el más libre de los espacios para la clase media –como si se tratase de un retorno *new age* del confort bienestarista– y el deterioro de los vínculos entre los activismos existentes, hace que la pregunta por el cuidado se aleje más y más de las preguntas políticas por el deseo. Así, la futurabilidad es progresivamente ganada por distintas versiones normalizantes del retorno.

## NUEVAS NORMALIDADES: ADAPTACIÓN Y

## PRECARIEDAD

A largo de estas páginas hemos intentado dar cuenta de cómo aquellas prácticas y discursos que se han puesto en funcionamiento en la excepción pandémica tienen largas continuidades que podemos identificar en las técnicas de gubernamentalidad propias de la sociedad de control y, a su vez, presentan transformaciones alarmantes respecto de los modos en que nos relacionamos intersubjetivamente y en los que nos subjetivamos como seres precarixs en un mundo cada vez más hostil. Es decir, cómo se han reificando velozmente en estos meses estructuras reaccionarias de seguridad, cuidado y peligro como ficciones inmunitarias discriminatorias. Al respecto de este proceso de aceleración producto del coronavirus, podríamos seguir las enseñanzas de Kosofsky Sedgwick (2018), hablando con su amiga Cindy Patton sobre el virus del sida y las teorías conspirativas de su gestación, donde queda en claro que en realidad todas ellas nos mostraban aspectos de la desigualdad, la violencia y la dominación que ya conocíamos y que la paranoia solo viene a corroborar. Paul Preciado, en su carta escrita en marzo, *La conjura de lxs perdedorxs*, vuelve sobre esas teorías conspirativas del covid-19 imaginando cuáles serían sus peores miedos sobre esa (no)comunidad que viene, temores que harían pensar en si es o no deseable vivir así, y escribe:

Todo quedaría fijado en la forma inesperada que ahora habían tomado las cosas. A partir de ahora, tendríamos acceso a las formas más excesivas de consumo digital que pudiéramos imaginar, pero nuestros cuerpos, nuestros organismos físicos, estarían privados de todo contacto y de toda vitalidad (Preciado, 2020b).

Pese a que esa fantasía es eso, también nos permite registrar cierto corrimiento dentro del imaginario del tacto y de las políticas del contacto, de la calle, del tumulto, que efectivamente ya está siendo. Siempre de maneras hiper-situadas, siempre de formas completamente atravesadas por la estructura de privilegios y las precariedades diferenciales, siempre corpo y geopolíticamente inscriptas, las formas de distanciamiento y asepsia van permeando el tejido social en una normalidad que se repone preocupantemente como la posibilidad de adaptación a condiciones cada vez más inhumanas de existencia. Así, el temor al contagio como expulsión de lo público y la virtualización del trabajo, la fiesta, el debate o la protesta han ganado un terreno que será difícil desandar, incluso una vez obtenida la vacuna. Las intervenciones feministas que hemos ido hilvanando a lo largo de este artículo intentan perturbar las petrificaciones de esta nueva normalidad, sus procesos y concesiones subterráneas e incesantes, las negociaciones que estamos o no dispuestxs a sostener en una interpelación sobre qué vidas son vivibles, reconocibles y habitables y a qué precio. Un precio que se mide tanto en las concesiones que hacemos con nuestros propios sentidos de existencia como con las violencias sobre lxs otrxs con las que convivimos, con mayor o menor conmoción.

Así como es imprescindible explicitar lo perdido y lo negociado en estas nuevas formas de vida que estamos sosteniendo, también lo es el poder advertir las transformaciones en las

gestiones de seguridad, su imbricación en nuestras prácticas cotidianas y las colindantes novedades en torno al imperativo productivista, la administración del ocio, la transformación de los espacios de encuentro y sus reglas, de la afectación y sus soportes. Una consciencia que nos permita articular otros modos de resistencia desde tantos en los espacios físicos como en la virtualidad<sup>16</sup>, disputar los sentidos en torno cómo nos cuidamos y quiénes nos cuidan, a cómo desactivar y denunciar las vigilancias disfrazadas de cuidado, y cómo imaginamos y preservamos futurabilidades que no estén pergeñadas desde la deuda permanente, la sobrevivencia a ecocidios y las apuestas personales a los pírricos privilegios de la domesticidad.

La pandemia nos ha legado mapas obscenamente detallados de las interconexiones de la explotación capitalista, patriarcal y colonial a escala mundo, así como de los ensayos más eclécticos, mínimos y arrolladores de resistencia política. El horizonte apocalíptico que aparecía como lo único imaginable –como había señalado Mark Fisher– ya nos alcanzó y como lo estábamos esperando, al parecer podemos también adaptarnos a él –quienes sobrevivimos–. El tiempo detenido es también parte de sus prerrogativas diferenciales para algunxs, como siempre lo ha sido el tiempo en el capitalismo. Un *impasse* aceleracionista que tal vez abra grietas entre el hastío y la desesperación para activar esos otros imaginarios, mundos posibles, que venimos deseando.

## REFERENCIAS

Agamben, G. (2020). “Contagio”, en A.A.V.V., *Sopa de Whuan*. ASPO.

Ahmed, S. (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Buenos Aires: Caja Negra.

Alexiévich, S. (2015). *Voces de Chernóbil*. Buenos Aires: Debate.

Arbuet Osuna, C. (2020). “Esbozos para un feminismo antipunitivista”. *Las Torres de Lucca: revista internacional de filosofía política*. 9 (17), 103-137. Disponible en: <http://www.lastorresdelucca.org/index.php/ojs/article/view/309/357>

Arbuet Osuna, C., Gutiérrez, M. (2020). “Resistencias feministas en Chile: subjetivaciones y acciones estético-políticas ente las violencias neoliberales”. *Revista Genero*, 20 (2), 178-200. Disponible en: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/44574>

16 En este contexto se han multiplicado los ataques virtuales a encuentros feministas y activistas de organizaciones LGTBTTIQ, lo que abre todo un frente en torno a cómo usamos estas nuevas herramientas de interacción preservando la mayor horizontalidad y apertura posible. Así por ejemplo, George Hale ha llamado la atención respecto a la necesidad de “Apoyar el cuidado colectivo y la seguridad holística que integra la seguridad digital, la seguridad personal, y el autocuidado. Especial atención merece la inversión en el acompañamiento de las tecnologías innovadoras, la organización virtual y la seguridad digital de nuestras comunidades para el activismo en línea” (Coronapapers, 2020).

- Berlant, L. (2011). *El corazón de la nación. Ensayos sobre política y sentimentalismo*. México D. F: Fondo de Cultura Económica.
- Butler, J. (2020a). “El capitalismo tiene sus límites”, en A.A.V.V., *Sopa de Whuan*. ASPO.
- Butler, J. (2020b). “Debería haber otras formas de refugio que no dependan de una falsa idea del hogar”. Entrevista de Constanza Michelson, 3 de abril. Disponible en: <https://elaboraciones.sociales.unc.edu.ar/judith-butler-deberia-haber-otras-formas-de-refugio-que-no-dependan-de-una-falsa-idea-del-hogar/>
- Butler, J. (2020c). *La fuerza de la no violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Correpi (2020). “Plan de Fortalecimiento de Seguridad”: Más inseguridad asegurada”. Comunicado del 4 de septiembre. Disponible en: <http://www.correpi.org/2020/plan-de-fortalecimiento-de-seguridad-mas-inseguridad-asegurada/>
- Dawn (2020). “Reflexiones de la Confluencia Feminista Hacia el Foro Social Mundial de Economías Transformadoras ante el COVID19”. Columna del 25 de mayo. Disponible en: <https://dawnnet.org/2020/05/reflexiones-de-la-confluencia-feminista-hacia-el-foro-social-mundial-de-economias-transformadoras-ante-el-covid19/>
- Esposito, R. (2003). *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario*. Tinta Limón: Buenos Aires.
- Flores, V. (2020), “El exilio de la piel”. Ciclo virtual sobre Feminismos-otros desde el arte y el activismo. Organizado por Brigada Migrante Feminista de Valparaíso y feministas sueltas, 4 de junio 2020. Disponible en: <http://escritoshereticos.blogspot.com/2020/06/el-exilio-de-la-piel.html>
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gago, V., Cavallero, L. (2020). “Crack Up! Feminismo, pandemia y después”. Comité para la Abolición de Deudas Ilegítimas, 15 de abril. Disponible en: <https://www.cadtm.org/Crack-Up-Feminismo-pandemia-y-despues>
- Galindo, M. (2020). “Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir”, en A.A.V.V., *Sopa de Whuan*, ASPO.

- Galindo, M. (2020b). “Recibir una epifanía para resistir”. La vaca, 9 de octubre. Disponible en: <https://www.lavaca.org/portada/recibir-una-epifania-para-enfrentar-una-agonia-respuesta-de-maria-galindo-a-los-textos-pandemicos-de-paul-preciado/>
- Garland, D. (2001), *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*. Barcelona: Gedisa.
- González, G. (2020). “Fragilidad y tiranía (humana) en tiempos de pandemia”, en A.A.V.V., *Sopa de Whuan*. ASPO.
- Grupo de Arte Callejero (2020). “Manifiesto yutavirus”. Acción del 9 de agosto.
- Kosofsky Sedgwick, E. (2018). “Lectura paranoica y lectura reparadora”, en *Tocar la Fibra*. Madrid: Alpuerto.
- LeTorneau, N. (2020). “The Irony of Being Essential, But Illegal”. Washington Monthly, 7 de abril. Disponible en: <https://washingtonmonthly.com/2020/04/07/the-irony-of-being-essential-but-illegal/?fbclid=IwAR1Pm6BPwk5gtH-Ci32EGu6ruiGWXiH6Z-VZcIZh6pHHBq3-Gk4ZQ2FTxys>
- Longoni, A. (2020). “No tener olfato”. *Revista Anfibia*, 17 de abril. Disponible en: <http://revistaanfibia.com/cronica/no-tener-olfato/> [29 de septiembre 2020]
- Núñez, L., Pérez M., Franco, J. & Rodríguez, C. (2020). Conversatorio “Desafíos de los movimientos sociales ante el punitivismo: Reflexiones feministas y queer más allá de la pandemia”, CIEG-UNAM. Disponible en: [https://www.facebook.com/watch/live/?v=310103343721669&ref=watch\\_permalink](https://www.facebook.com/watch/live/?v=310103343721669&ref=watch_permalink)
- Pérez Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Consejo Económico y Social: Madrid.
- Preciado, P. (2020a). “Aprendiendo del virus”, en A.A.V.V., *Sopa de Whuan*. ASPO.
- Preciado, P. (2020b). “La conjura de lxs perdedorxs”. *Lobo Suelto*, 27 de marzo. Disponible en: <http://lobosuelto.com/la-conspiracion-de-lxs-perdedorxs-paul-b-preciado/?fbclid=IwAR1Jefn1KfIHZ2igMKxB9rBv1eI6LbIQE5n73zy9s4C1DbPzbuFfX6KUtz0>
- Preciado, P. (2020c). “Estábamos al borde de una revolución feminista... y llegó el virus”. *El independiente*, 21 de septiembre. Disponible en: <https://www.elindependiente.sv/2020/05/04/paul-b-preciado-estabamos-al-borde-de-una-revolucion-feminista-y-luego-llego-el-virus/>

- Radi, B., Castilla, C. (2020). “Transmasculinidades y Covid-19 en América Latina y el Caribe”, en Informe de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex para América Latina y el Caribe, *Coronapapers*. Disponible en: <https://www.ilga-lac.org/2020/05/17/coronapapers-una-coleccion-de-ilgalac-que-levanta-la-voz-en-medio-de-la-pandemia/>
- Rancière, J. (1996). *El desacuerdo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Richard, N. (2020). “Tendremos que hacer reaparecer el deseo en medio de la necesidad”. Entrevista de Marcelo Expósito, NODAL, 27 de mayo. Disponible en: <https://www.nodal.am/2020/05/nelly-richard-ensayista-critica-cultural-chilena-tendremos-que-hacer-reaparecer-el-deseo-en-medio-de-la-necesidad/>
- Trebisacce, C. (2020). “El Estado es el lado B del feminismo”. Entrevista de Agustina Paz Frontera. *Latfem*, 21 de enero. Disponible en: <https://latfem.org/catalina-trebisacce-el-feminismo-es-el-lado-b-del-estado/>
- Varela, C., Daich, D. (coords.) (2020). *Los feminismos en la encrucijada del punitivismo*. Biblos: Buenos Aires.
- Žižek, S. (2020). “El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill...”, en A.A.V.V., *Sopa de Whuan*. ASPO.

---

ARTÍCULO DEL DOSSIER

# LAS EPIDEMIAS Y SUS MEDIDAS SANITARIAS DURANTE EL SIGLO XIX EN LA BAJA ANDALUCÍA

---

Recibido: 30/10/2020 - Aceptado: 30/12/2020

**Eloísa Paula Toscano Gracia**

Universidad de Cádiz, Cádiz, España

[eloisapaulatoscano@gmail.com](mailto:eloisapaulatoscano@gmail.com)

---

**Resumen:** En este trabajo se dan a conocer las medidas sanitarias que se tomaban ante los distintos brotes epidemiológicos que afectaron a la Baja Andalucía durante el siglo XIX, analizando los resultados que mostraban, escrutando cuáles se han adoptado y emplean aún en nuestros días y cuáles han caído en desuso. También se comparan las medidas sanitarias decimonónicas con las actuales, buscando similitudes y diferencias y tratando de descubrir hasta qué punto hemos avanzado en la respuesta a pandemias en la actualidad. Igualmente, se estudia cuáles eran las instituciones encargadas de organizar e intentar frenar los efectos de las epidemias, así como la autonomía que presentaban respecto a otras. Como caso de estudio particular se tomará la población de Alcalá de los Gazules, en Cádiz, pues nos sirve para analizar el efecto que tenían las epidemias en el medio rural durante el siglo XIX, siendo también una población paradigmática, con una ratio elevado de sanitarios por número de habitantes y dos hospitales.

**Palabras claves:** epidemias, sanidad, prevención, siglo XIX, Alcalá de los Gazules.

---

# EPIDEMICS AND THEIR HEALTH ACTIONS DURING THE 19TH CENTURY IN LOWER ANDALUSIA

---

Recibido: 30/10/2020 - Aceptado: 30/12/2020

**Eloísa Paula Toscano Gracia**

Universidad de Cádiz, Cádiz, España

[eloisapaulatoscano@gmail.com](mailto:eloisapaulatoscano@gmail.com)

---

**Resumen:** This paper shows health measures taken in response in the different epidemiological outbreaks that affected Low Andalusia in the 19th century. I analyze the results of these diseases, the health measures, and I am comparing which of them are using nowadays. Nineteenth-century health actions are also compared with current ones, with their similarities and differences to discover how far I have advanced in responding to pandemics today. Likewise, it is studied which were the institutions in charge of organize and fight back against epidemics, as well as the level of autonomy they had. For this study, I analyze the town of Alcalá de los Gazules, in Cádiz, because I can see how the epidemics affected in a rural zone during 19th century, being a good example due to their high ratio of doctors and the existence of two hospitals.

**Palabras claves:** epidemics, health, prevention, 19th century, Alcalá de los Gazules.

# INTRODUCCIÓN

Si en el futuro las nuevas generaciones nos preguntasen por un año excepcional que hayamos vivido, por la mente de todos pasaría el presente 2020, y es que aún nos parece increíble que un virus se haya propagado por todo el planeta, causando estragos sanitarios, demográficos y económicos, cuyas secuelas se extenderán durante varios años más.

No cabe duda que el Covid-19 ha supuesto un cambio radical en nuestras vidas, tanto individualmente como atendiendo a las relaciones entre sociedades. La prevención y el ánimo por frenar la nueva enfermedad ha traído medidas muy duras que muchos nunca antes habíamos experimentado ni con lejana similitud. De este modo, hemos evitado multitudes, cuando no hemos pasado directamente por un confinamiento durante semanas en nuestros hogares, asistiendo al cierre de muchísimos negocios del sector servicios; hemos guardado una distancia de seguridad con desconocidos y también con conocidos con los que no convivimos; hemos implantado como algo habitual la utilización de mascarillas y geles hidroalcohólicos en espacios públicos y privados; nos hemos acostumbrado a una mayor y más frecuente desinfección de superficies de paso o mucho uso; así como nuevas maneras de sociabilización, formación, trabajo u ocio.

Pasando ahora de lo particular a lo general, debemos apuntar que las medidas higiénicas y sanitarias que han ido adoptando los distintos países no han mostrado unanimidad de criterios a nivel internacional, cosa que ha supuesto un duro traspié al modo de vida propio de la globalización en el que nos encuadramos desde la década de 1990, con una economía basada en el sistema-mundo y que ya comenzaba a mostrar los primeros síntomas de malestar y agotamiento (Tortosa, 2009). Esta nueva cepa de coronavirus ha venido a propinar el golpe de gracia al sistema en el que nos movemos, haciendo patente que, ante situaciones de crisis, presenta grandes deficiencias que aún tratan de resolver nuestros dirigentes, pudiendo observar ya unas políticas que tienden cada vez más a la autogestión e individualidad de los países.

En cambio, toda esta situación que hoy enfrentamos tiene análogas relaciones con las vividas en el pasado. No debemos olvidar que hace tan sólo un siglo se vivieron pandemias tan letales como la mal llamada “Gripe española” (Tomàs, 2018); situaciones aún más frecuentes cuanto más nos adentramos en nuestra historia. Así pues, si nos centramos en la Baja Andalucía durante el siglo XIX, como época y lugar concreto, veremos que nuestros antepasados tuvieron que convivir con diversas oleadas de epidemias como el cólera, la fiebre amarilla, el tifus o el paludismo estacional. Pero, ¿cómo se luchaba contra estas enfermedades? ¿Qué curas existían? ¿Cómo actuaban las instituciones para evitar su propagación? ¿Es tan distinta la manera de afrontarlas a la que utilizamos hoy día? Conocer la respuesta a todas estas preguntas es fundamental para poder seguir avanzando y mejorando en la sanidad y frente a la pandemia.

Por ello, a lo largo de este artículo se tratarán las epidemias que atacaron a la Baja Andalu-

cía, describiéndolas y analizando las curas que se daba a las mismas. También se estudiarán las instituciones sobre las que recaía la importante responsabilidad sanitaria, viendo las relaciones que existían entre ellas.

Para todo esto nos centraremos en la localidad gaditana de Alcalá de los Gazules como caso de estudio, pues se trata de una población situada en el centro de la provincia, a medio camino entre dos importantes puertos decimonónicos, Cádiz y Gibraltar, por los que entraban además un sinfín de enfermedades infecciosas. Quizás por este motivo, aún en el siglo XIX y sin tener una población muy numerosa, casi diez mil habitantes a finales de la centuria, encontramos dos hospitales en Alcalá, uno para varones pobres y otro para mujeres, con unas dimensiones llamativas si atendemos a la demografía de la zona; y con una elevada ratio de sanitarios por número de habitantes que supera al que podemos encontrar en el mismo siglo en ciudades de mayor tamaño como la próxima Jerez de la Frontera, que rondaba los cuarenta y cinco mil habitantes (Benítez, 2014).

## EPIDEMIAS Y PANDEMIAS DEL SIGLO XIX EN LA BAJA ANDALUCÍA

Para comenzar a hablar con propiedad de epidemias y de pandemias primero debemos definir bien ambos términos. La Real Academia Española (Real Academia Española [RAE], 2020) nos define la primera como enfermedad que se propaga durante un tiempo por un país, afectando simultáneamente a un gran número de personas; mientras que el sustantivo pandemia se refiere a aquella enfermedad epidémica que se extiende por muchos países o ataca a casi todos los habitantes de una zona. Para la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010), estamos ante una pandemia cuando se trata de una enfermedad nueva que se propaga mundialmente.

Podemos observar que hoy día las definiciones varían entre una u otra institución, pero ¿cómo sería en el siglo XIX? ¿Existiría consenso en la definición? ¿Tan siquiera emplearían estos conceptos para describir algunas enfermedades? Si consultamos las definiciones existentes para esta centuria, encontramos el término epidemia desde el siglo anterior y, para el término pandemia, las primeras definiciones alusivas a enfermedad, aparecen a mediados del siglo XIX (Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española [NTLLE], 2020). No obstante, esa mediados del ochocientos cuando se comienza a usar y cuantificar el término de epidemia, pero sólo haciendo referencia a las enfermedades infecciosas, debiendo esperar un siglo para ampliar la definición y asemejarla a la que hoy podemos entender, algo que también sucede con la definición de pandemia (Idrovo, 2000).

Teniendo esto en cuenta, no nos equivocamos si aseguramos que durante el siglo XIX se

sufrieron distintas epidemias, e incluso pandemias, en la Baja Andalucía. Pasemos pues a enumerar y describir algunas de las más destacadas:

- Fiebre Amarilla: enfermedad tropical que se incubaba entre tres y siete días y que producía escalofríos, fiebre, hemorragias nasales y de encías, ictericia (de ahí su nombre), dolores de cabeza y estómago e, incluso, vómitos de sangre. Se transmitía por la picadura de un mosquito que sobrevivía en zonas portuarias cálidas (De la Figuera, 2009). En España vuelve este virus en 1800 a través del puerto de Cádiz, de gran importancia económica aún, castigando duramente la ciudad con 7387 muertes (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [IECA], 2020). También afectaría a otras poblaciones de la provincia de Cádiz y, aún en el primer cuarto del siglo XIX, a Málaga, Córdoba y Sevilla (Hamber-Flores, 2018).

- Tifus exantemático: enfermedad infecciosa, propia del invierno y de la falta de higiene y hacinamiento. Se incubaba entre una y dos semanas, siendo transmitido por el piojo del vestido. Se caracterizaba por escalofríos, fiebre alta, ojos rojos, hemorragias petequiales por todo el cuerpo salvo cara y cuello, estupor, sordera nerviosa y dificultad en el habla. En 1804 hubo varios brotes en la provincia de Málaga (De la Figuera, 2009).

- Cólera Morbo: enfermedad aguda diarreica originaria de la India, producida por la ingesta de agua y alimentos contaminados con una bacteria. Sus síntomas eran la diarrea y vómitos profusos que desembocaban en la deshidratación del enfermo. Afectó a todo el país a lo largo del siglo XIX durante varias ocasiones, convirtiéndose en la epidemia más recurrente de la centuria hasta que, a finales de la misma, el médico español Jaime Ferrán crea la vacuna y la prueba con resultados muy positivos (De la Figuera, 2009). Como muestra de su alta mortalidad, podemos mencionar los 6262 fallecidos que contabilizó por dicha enfermedad la ciudad de Sevilla en 1833 (García, 2013).

- Peste Bubónica: enfermedad de origen oriental que se transmite por la picadura de la pulga de la rata negra. Se caracteriza por fiebres elevadas e hinchazón de los ganglios linfáticos de axilas e ingles; en los peores cuadros causaba hemorragias internas y tos. Durante el siglo XIX hubo un conato en Mallorca (Rius, 2019).

- Difteria: enfermedad infecciosa que afecta con mayor virulencia en la infancia. Se caracteriza por la aparición de falsas membranas en las superficies mucosas de las vías respiratorias, complicando la respiración, también produce fiebre, vómito y palidez (Del Valle, 2007). Se contagiaba por contacto directo con las secreciones que emitían los enfermos. Su vacuna se creó en la primera mitad del siglo XX, aunque no se utilizaría hasta mediados de la centuria (Álvarez, 2018).

- Varicela: enfermedad infecciosa de origen vírico, es altamente contagiosa, tanto por contacto con el paciente como con sus fluidos o ropa. Su incubación tardaba entre siete y

diecisiete días, causando fiebres altas, dolores de cabeza y pústulas en cara, brazos y piernas que caían a las tres semanas liberando al enfermo. Los anticuerpos que generan sus pacientes duran de por vida (Álvarez, 2018).

- Viruela: de las enfermedades más contagiosas, se mostró aún como pandemia varias veces durante el siglo XIX. Es un enfermedad eruptiva y grave con una alta tasa de mortalidad, del treinta al sesenta por ciento, quedando sus sobrevivientes inmunizados. Se transmite entre las personas por contacto directo con fluidos corporales u objetos contaminados. Se caracteriza por fiebres elevadas, cefaleas y postración, además de las características máculas rojas que comienzan a aparecer a los dos o tres días, quedando luego como costras que dejarán cicatrices de por vida, especialmente en la cara de los pacientes; mientras quede alguna costra, el enfermo puede contagiar el virus (Díaz, 2011).

- Sarampión: enfermedad viral altamente contagiosa que se disemina por las secreciones respiratorias que esparcen los enfermos. Se incuba durante unos diez días, siendo su síntoma más característica aparición de erupciones maculopopulares. Durante el el siglo XIX hubo varias epidemias en Europa, no existiendo vacuna hasta la segunda mitad del siglo XX (Wong, 2003).

- Tisis o tuberculosis: provocada por un bacilo, se contagia por las vías respiratorias y digestiva. Muchas veces se asociaba a una escasa alimentación y a habitaciones con aire viciado y personas hacinadas (De la Figuera, 2009).

- Paludismo o malaria: transmitido por la picadura de mosquitos, era muy frecuente en toda Andalucía, especialmente en las zonas más cercanas a humedales o aguas estancadas donde proliferan estos animales. Causa fiebres durante ocho a treinta días, acompañadas de dolor de cabeza, dolores musculares, tos, diarrea y cansancio (De Puelles, 1908).

Además de estas epidemias, debemos mencionar la frecuencia de otras enfermedades muy comunes en la zona durante el siglo XIX, como las pulmonías, cólicos y angina maligna.

## LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Las distintas oleadas de epidemias que sacudieron España desde la Edad Moderna, fueron poniendo de manifiesto la importancia de una institución que organizara y aunara las medidas que se debían tomar frente a la enfermedad. Así, si nos centramos en el siglo XIX, debemos anotar que ya existía la Junta Suprema de Sanidad, que se mostraba desbordada e incapaz de llevar eficientemente su función a buen término (Mangas, 2001).

Por ello, surgen las Juntas Provinciales y Municipales de Sanidad, con un origen impreciso,

pero cuya utilidad y potestad ya queda descrita en las Instrucciones de 1813 (Viñes, 2006) y con el Decreto XLV de 3 de febrero de 1823, para el gobierno económico-político de las provincias.

Estas juntas sanitarias, por regla general, sólo actuaban ante la presencia de epidemias en un municipio o provincia. Estaban conformadas por médicos, farmacéuticos y veterinarios, y capitaneadas siempre por la máxima autoridad local, el Alcalde en el caso de las Juntas Municipales, o el Gobernador civil para las Juntas Provinciales. También era frecuente, especialmente al comienzo de estas juntas, que estuviese presente algún párroco (Toscano Gracia, 2019).

El funcionamiento de estas juntas podría extrapolarse a nuestras instituciones actuales, siendo la Junta Suprema de Sanidad antepasada de nuestro Ministerio de Sanidad. Este órgano, durante el siglo XIX decretaba unas premisas generales ante la llegada de oleadas, preocupándose también por los efectos demográficos que causaban; sirva como ejemplo la Real Orden del 5 de septiembre de 1800, en la que se piden informes sobre la pandemia de acuerdo al sexo y edad de los enfermos (IECA, 2020). A lo largo de la centuria iría sufriendo transformaciones hasta suprimirse en 1847, siendo sustituido por el nuevo Consejo de Sanidad del Reino y la Dirección General de Sanidad (Mangas, 2001).

La Junta Provincial de Sanidad tenía una participación activa mucho más real a la hora de afrontar las epidemias, teniendo cierta correspondencia en nuestros días a las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas. Se encargaban de proveer, en la medida de lo posible, de aquellos recursos que necesitasen las poblaciones para tratar de contener los males. También eran las primeras en informar a los municipios cuando se detectaba algún brote epidémico en cualquier localidad de la provincia (Toscano Gracia, 2019).

Pese a todo, los organismos claves en la lucha contra las epidemias decimonónicas en la Baja Andalucía fueron las Juntas Municipales de Sanidad, que eran las que tomaban las medidas más drásticas que considerasen necesario, invirtiendo también los recursos de la población, como con la creación de hospitales provisionales, y controlando los hospitales que pudiesen existir en la misma. Estas juntas, a golpe de ordenanzas municipales, implantaban medidas que ampliaban las establecidas desde órganos superiores, fijando también las multas y penas a las que se someterían los habitantes que no las acatasen. Estas medidas eran tomadas por el Alcalde, único responsable, tras haber consultado con el resto de miembros de la Junta (Mangas, 2001).

Además de estas instituciones, hay que tener en cuenta la importante labor que cumplían los hospitales. Así, durante la Edad Media y gran parte de la Edad Moderna habían ido surgiendo un sinnúmero de casas de obras pías, religiosas y laicas, que atendían a los enfermos más necesitados y a los viajeros, como el de Santo Domingo de la Calzada, San Marcos en León o de los Reyes Católicos, construidos en la ruta de peregrinación a Santiago de Compostela (Del Valle, 2007). Poco a poco irían especializándose y tomando un papel más similar al concepto actual

de hospital (Gallent, 1996). Sin embargo, para el siglo XIX ya habían desaparecido muchos de estos establecimientos localizados en poblaciones de menor importancia, especialmente tras los decretos de Carlos III en la centuria previa, pues se entendía que el exceso de pequeños hospitales dificultaba la organización y adecuada atención de los enfermos, que muchas veces tan sólo podían recibir los primeros auxilios en pobres enfermerías antes de ser trasladados a los hospitales de las ciudades (Martín, 2004).

Aun así, debemos destacar el papel que cumplían aquellos hospitales que perduraron, pues actuaban como primeros informantes ante la existencia de un brote epidémico en la localidad, atendían a los enfermos de la zona y organizaban los posibles hospitales provisionales que fuesen necesarios montar frente a una epidemia que desbordase la capacidad del establecimiento sanitario ya existente.

## ALCALÁ DE LOS GAZULES COMO CASO DE ESTUDIO

En este apartado damos a conocer las características que convierten a Alcalá de los Gazules en un buen ejemplo para estudiar la sanidad y las medidas que se tomaban ante las epidemias en el siglo XIX en la Baja Andalucía.

De este modo, debemos comenzar situando la localidad de Alcalá de los Gazules, en el corazón de la provincia de Cádiz, y cuenta con unas características geográficas e históricas que la convierten en un interesante caso de estudio. Así, esta población se encuentra en un camino natural entre ciudades tan importantes durante el siglo XIX como Cádiz o Gibraltar, puertos de gran trasiego; pertenece a la comarca de La Janda, recordando la existencia próxima de la que fue la mayor laguna de la Península Ibérica hasta la década de 1960 (Yllescas, & Clavero, 2019). Además, cuenta con un amplio término municipal que aúna campiña y sierra, con cinco ríos cuyos cursos quedan interrumpidos durante el verano. Su economía estaba especialmente centrada en la ganadería y agricultura, además de los aprovechamientos propios de los montes alcalaínos (las corchas y el carbón), y alguna cantera (Madoz, 1846).

La población de Alcalá durante el siglo XIX osciló entre los 5113 habitantes de 1826 (Miñano, 1826) y los 9801 habitantes que recogía el censo estatal de 1887. Sin tener una población muy numerosa, contaba aún en esta centuria con dos hospitales, el de la Santa Misericordia, para varones pobres, y el hospital femenino Amor de Dios.

El Hospital de la Santa Misericordia había surgido ya a comienzos del siglo XVI como fundación laica, algo curioso ya que la mayoría de establecimientos de este tipo, que habían nacido en la Edad Media o Edad Moderna, tenían un origen religioso (Corona, 1990). Además, se trataba de un hospital medianamente amplio, sus 270 m<sup>2</sup> se distribuían en una capilla y tres plantas en las que se encontraba la vivienda del administrador, depósito de cadáveres, enfer-

mería con doce camas y una zona para enfermos contagiosos (Guerrero, 2016). Para la segunda mitad de la centuria, el número de camas se había reducido a siete (Toscano Gracia, 2018), y la administración del establecimiento depende en esos momentos de la Junta Municipal de Beneficencia (Madoz, 1845), no como a comienzos del siglo XIX, donde aún se gestionaba sólo con las rentas de las fincas urbanas y rurales que poseía el hospital. Pese a los cambios sufridos a lo largo del siglo, podemos asegurar que sigue siendo un hospital importante si lo comparamos con los de otras localidades con demografía similar, que para esta centuria no poseían ni cama, ya que eran casi una parada de camino a los de las ciudades, que aglutinaban a los enfermos de la región (Martín, 2004).

Este hospital para varones pobres cumplía también otras funciones, como la recogida de niños expósitos en su torno, para luego ser trasladados a otras poblaciones hasta acabar en la casa de expósitos de Cádiz (Antón, 1985). También destinaba algunas partidas para pagar a cuidadoras de mujeres enfermas pobres en sus domicilios, como se desprende de la lectura de sus libros de cuentas (Toscano Gracia, 2018). Además, este establecimiento fue el encargado de gestionar los dos hospitales militares provisionales que se montaron ante la cuarentena por Fiebre Amarilla que hizo en Alcalá el Batallón España, con el general Riego a la cabeza, y que había estado en Cádiz preparándose para partir hacia América cuando se desató un brote de esta temida enfermedad (Almagro, 2012).

En el Hospital de la Santa Misericordia trabajaban, de acuerdo a los libros de cuentas del primer tercio del siglo XIX, un médico, un cirujano, un enfermero, un sangrador, un administrador, una cocinera y una lavandera; una plantilla amplia a la que se sumaban a veces los trabajos de carpinteros, albañiles, cerrajeros, notarios o sepultureros (Toscano Gracia, 2018). Atendiendo a los sueldos reflejados, el enfermero era un trabajador permanente del establecimiento, siendo el resto requeridos en caso de necesidad, por lo que recibían remuneraciones de menor valor (Toscano Gracia, 2018).

El Hospital Amor de Dios estaba destinado al cuidado de mujeres, fue fundado a finales del siglo XVIII por el beneficiado Diego de Viera (Toscano, & Guerra, 2013). Contaba con una superficie de 170 m<sup>2</sup> y siete camas, estando una separada para las enfermas contagiosas, siguiendo un modelo similar al de Hospital de Mujeres de Cádiz. Este hospital era asistido por una institución femenina, fundada también por Viera, que tenía una “mandadera” asalariada (Toscano, 1988). Se trata de uno de los pocos centros para mujeres enfermas de la provincia.

Además de estos centros, Alcalá contaba con un número significativo de sanitarios, quizás por la proximidad del Colegio Real de Medicina, posterior Facultad de Medicina de Cádiz, que ayudaba a que muchos estudiantes optaran por esta carrera. Para finales de la centuria, la población tiene un sanitario por cada mil habitantes, porcentaje muy superior al de ciudades con mayor densidad poblacional como Jerez de la Frontera, con un sanitario por cada mil ochocientos habitantes (Benítez, 2014).

Teniendo todo esto en cuenta, no es de extrañar que tuviera una Junta Municipal de Sanidad bastante competente. De esta manera, los primeros expedientes de su junta se remontan al año 1828, coincidiendo con la noticia que llega desde la Junta Provincial de Sanidad de un brote de fiebre amarilla en Gibraltar.

En los expedientes más antiguos conservados de la Junta Municipal de Sanidad de Alcalá de los Gazules, encontramos la composición estipulada por la Instrucción de 1813 (Decreto CCLXIX, 1813), donde tenemos al Alcalde primero, el cura párroco más antiguo y vecinos funcionarios y hacendados de la localidad. En cambio, esta formación irá especializándose a lo largo de la centuria, como se apuesta desde el Capítulo XI de la Ley de Sanidad de 1855, y como queda de manifiesto en los expedientes de la segunda mitad de siglo de la Junta Municipal de Sanidad de Alcalá, que queda conformada por el Alcalde, un profesor de Medicina y Cirugía, un farmacéutico y un veterinario, amén de vecinos funcionarios y hacendados (Toscano Gracia, 2019). El número de integrantes de esta junta a veces cambiaba si se consideraba necesario, como en el año 1884, ante una nueva amenaza de cólera morbo (Sesión Extraordinaria, 1884).

En su inicio, estas juntas eran convocadas para informar sobre alguna noticia sanitaria que mandase el Gobierno Provincial Civil, o ante casos de epidemias en poblaciones cercanas o incluso en el mismo Alcalá, tras descubrir algún médico a un enfermo contagioso. Con el tiempo se fijaría celebrar estas reuniones de forma periódica y también como medida preventiva ante posibles males que pudieran aquejar a la población. Esta medida lógica y razonable no se cumpliría en cambio hasta final de siglo, donde se pasarían a celebrar reuniones de la junta mensualmente (Sesión Extraordinaria, 1884).

Centrándonos en el papel que tuvo la Junta Municipal de Sanidad en nuestro caso de estudio, Alcalá de los Gazules, podemos decir que se reunió ante la amenaza de fiebre amarilla, cólera morbo en múltiples ocasiones (no obstante, fue la epidemia más común del siglo XIX), viruela, difteria, varicela y peste bubónica en Lisboa. De todas estas epidemias que golpean la zona, sólo algunas irrumpen en la localidad, causando auténticos estragos como la fiebre amarilla de 1800, con unos ochocientos muertos (Almagro, 2020) o el cólera morbo de 1854, con doscientos ochenta y ocho fallecidos (Guerrero, 2002). También, era la Junta Municipal de Sanidad la que aportaba el grueso de recursos económicos para la prevención y lucha contra las epidemias, como cuando con sus Propios se contribuyó al cordón sanitario alrededor de Gibraltar, en 1828 por mandato real (Junta de Sanidad por epidemia en Gibraltar, 1828); o en 1854 para sufragar el gasto de los locales empleados para montar guardia en las entradas a la localidad, tratando de evitar la propagación del cólera morbo entre los habitantes de Alcalá (Toscano Gracia, 2019).

En la expansión de estas epidemias interviene mucho las propias características de la localidad y su *modus vivendi*. Así, se cree que el brote de fiebre amarilla de 1800 se extendió por el trabajo de arrieros y trajinantes que iban de una localidad a otra sin importarle que estu-

vieran confinadas, y por la devoción en el traslado y procesiones de la patrona de la localidad, pidiendo por el fin de la epidemia (Almagro, 2020). Los reiterativos casos de paludismo en los meses de agosto y septiembre también responden a la proximidad de ríos cuyo cauce quedaba interrumpido en verano, generando balsas de agua estancada y sucia por el ganado, que son el hábitat propio de los mosquitos.

## MEDIDAS HIGIÉNICAS Y SANITARIAS

Resulta de gran importancia conocer las medidas que se adoptaban ante las diversas epidemias que asolaron a nuestros antepasados decimonónicos, pues constituyen un claro ejemplo del conocimiento médico y el poder civil en la gestión sanitaria de la época, pudiendo servir para comparar nuestra situación actual con respecto a la del pasado en esta nueva crisis sanitaria que nos golpea.

Ya en el siglo XIX se empleaban ungüentos y medicamentos para tratar algunas enfermedades. Los libros de cuentas de diversos años del Hospital de la Santa Misericordia de Alcalá (Toscano Gracia, 2018) aún conservan algunas de las recetas de los médicos, en las que se puede leer el uso de expectorantes y ungüento de estoraque contra la bronquitis; sulfato de quinina para el paludismo; crémor de tártaro para bajar la presión arterial; belladona como antiespasmódico; *olei castei* para subir la presión sanguínea; además del uso de otros remedios para casi cualquier mal como la flor de camomila, aceite de ricino, morfina o las aún frecuentes sanguijuelas que, a mediados de siglo, se seguían comprando mensualmente por decenas (Toscano Gracia, 2018). La mayoría de estos remedios no son empleados en nuestros días, siendo considerados algunos como auténticas barbaridades de épocas pasadas, como las conocidas sanguijuelas.

Además, durante esta centuria era muy común el empleo de ciertos alimentos para enfermos, pudiendo hablar de la abundancia de sopas y vinos contra la mortífera fiebre amarilla. En los hospitales no solían faltar tocino, chocolate, bizcocho, aguardiente, huevos, aceite, manteca, vinagre, vino, fideos, garbanzos, arroz, especias, pan, almendras, azúcar, merengue, naranja, carne de ternera, de cerdo y pollo (De la Figuera, 2009).

El uso de ciertos tratamientos o alimentos no suponía las únicas medidas contra los males que aquejasen una población de la Baja Andalucía durante el siglo XIX, sino que venían a sumarse a una serie de medidas preventivas de higiene que comienzan a extenderse por multitud de municipios. Tomando de ejemplo nuevamente a nuestro caso de estudio, Alcalá de los Gazules, vemos que la Junta Municipal de Sanidad siempre hacía especial hincapié en mantener la salubridad de las vías públicas y moradas, insistiendo casi en cada expediente en medidas tan lógicas a nuestros ojos contemporáneos como la limpieza y barrido de las calles de la localidad, quema de muladares, desinfección de madronas y letrinas, creación de nuevas madronas para

calles que aún no las tenían, reparar y ampliar el cementerio (algo que se hace en muchas localidades españolas durante este siglo), reparación de fuentes, construcción del matadero, prohibición de verter desechos o aguas sucias a la vía pública, pedir el encalado de las viviendas y limpieza y aireamiento de las habitaciones, sacar a los animales domésticos de las habitaciones y prohibir que los cerdos habitasen dentro del pueblo (quizás la medida más repetida, de lo que traducimos que era la que menos se cumplía), llevar a los perros con bozal, quemar o enterrar cualquier animal muerto dentro del pueblo, prohibir sembrar higueras y granados en las plazas por la suciedad que generan (Sesión Extraordinaria, 1885). Se decidió también, como medida preventiva, cuidar especialmente la higiene de lugares en los que se reuniese una multitud, como en la escuela, la cárcel o las tiendas, entendiendo que un foco infeccioso en uno de estos lugares supondría enfermar a un gran número de habitantes (Toscano Gracia, 2019).

Junto a las medidas generales que se tomaban desde los ayuntamientos para la prevención de enfermedades, existían otras específicas según iban atacando distintas oleadas epidémicas. Así, una de las principales medidas era incomunicar las localidades, prohibiendo la salida o entrada al municipio, controlando por ello cada camino de entrada, a veces durante meses, en casas de vecinos bien situadas para ello. De estas guardias se encargaban aquellos vecinos que supiesen leer y que habían sido integrados para dicha misión en la Junta Municipal de Sanidad, pues debían comprobar la autenticidad de las cartas de sanidad que debía presentar todo aquel visitante que llegase a la población en tiempos de epidemia (Toscano Gracia, 2019).

Las cartas de sanidad eran documentos frecuentes de estos tiempos en toda la región, siendo la prueba por escrito que se expedía por médicos de un buen estado de salud que permitía viajar de una a otra zona confinada.

Para aquellos sospechosos de estar contagiados, existían salas de observaciones y hospitales provisionales a las afueras, en los que se intentaba controlar a los enfermos a través de cuarentenas. Igualmente, cada vez que golpeaba alguna enfermedad infecciosa la localidad, ésta quedaba dividida en distritos sanitarios que facilitaban la organización y contabilidad de enfermos (Sesión Extraordinaria, 1888).

Así mismo, si el brote atacaba con virulencia, se optaba por cerrar escuelas y amigas, evitando la concentración de personas en recintos que podían transformarse en focos de contagio. También quedaban prohibidas las visitas al cementerio, creando improvisados depósitos de cadáveres para los fallecidos en la epidemia, cuando no se optaba por el entierro directo del finado sin horas de velatorio (Sesión Extraordinaria, 1884).

Ante algunas epidemias específicas se tomaron medidas únicas, como frente la fiebre amarilla de 1821 en Barcelona, que se montaron dos lazaretos provisionales, se aisló el puerto viejo y las zonas más castigadas por esta enfermedad y se pidió aislamiento a los que habían tenido algún contacto con contagiados (Gaspar, 1992). En el brote de finales de la centuria,

además de la cuarentena, el aislamiento del puerto o la huida de la misma por parte de las clases pudientes se decide fumigar a los que salen de la ciudad (Ortiz, 2017).

En Alcalá de los Gazules, la fiebre amarilla de 1800 se conoció por la noticia del Comandante General del Campo de San Roque de finales de agosto, pidiendo cortar toda comunicación con Cádiz (Libro de Actas, 1800). Además, el cabildo decide traer a la patrona, la Virgen de los Santos, desde el santuario a la localidad; amén de vigilar las entradas a la localidad y la creación de un lazareto para que hagan cuarentena las personas que visiten la localidad, o enterrar a las personas en fosas comunes cavadas por los presos de la cárcel de la localidad (Almagro, 2020).

También, algunos años después, pasaron cuarentena en Alcalá por fiebre amarilla las tropas del general Riego. Para ello se crearon dos hospitales militares provisionales (Almagro, 2012), que eran organizados desde el Hospital de la Santa Misericordia, como se puede interpretar por los trámites que realizó uno de sus administradores para que se le pagasen los gastos ocasionados por la atención prestada a los soldados (Toscano Gracia, 2018). También se ordenó en aquel tiempo quemar todos los cargamentos que proviniesen de Gibraltar, ciudad infectada también (Toscano Gracia, 2019).

El cólera de 1831 acabó cerrando la frontera con Portugal, además de imponer los habituales cordones sanitarios y cuarentenas (Rodríguez, 1992). Contra el cólera en Sevilla, epidemia recurrente del siglo (García-Baquero, 2004), se tomaron medidas preventivas como la prohibición de funciones religiosas, obras de teatro y corridas de toros. Además, cuando llegó a uno de los arrabales, se cerró el barrio y se crearon hospitales provisionales para los coléricos (García, 2013).

En el caso de Alcalá de los Gazules, el cólera morbo de 1854 reforzó el control de calidad de ciertos alimentos, como las carnes de animales de la localidad, que debían ser supervisados por el veterinario en el matadero previo a su ejecución; se prohibió la venta de agua de mala calidad, pescado azul, carne fresca y frutos no maduros (Toscano Gracia, 2019).

Además, durante toda la centuria, se fue probando con diversos medicamentos, tratando de encontrar aquel que mejor solución aportase contra el cólera. De este modo, se probó suerte con antiflojísticos, antiespasmódicos, carminativos, sudoríficos, rubefacientes, tónicos, astringentes y revulsivos. Ya a finales del siglo se creía que el láudano, los enemas amiláceos y opiados, las infusiones calientes y la revulsión cutánea podían dar buenos resultados, siempre junto a medidas preventivas como la higiene, hervir el agua y fumigar los campos (De Puellas, 1908).

Frente a la tuberculosis, en España se tomaron ya en el siglo XVIII medidas de higiene pública y petición de ventilación de los hogares, cosa que la invasión napoleónica frenó (De la Figuera, 2009). Para el último tercio del siglo XIX, la elevada mortalidad por esta enfermedad

comienza a bajar, bien por la mejor calidad de vida o por las medidas que la medicina moderna pudo aportar (Molero, 1989).

Contra la viruela, sí existía vacuna desde finales del siglo XVIII y en España se popularizaría a comienzos del ochocientos gracias a Balmis, que también la llevaría a Latinoamérica en su famosa expedición (Díaz, & Oriol, 2013). Así, cada vez que aparecía esta epidemia en algún municipio, la vacuna era suministrada por la Junta Provincial de Sanidad a los ayuntamientos (Toscano Gracia, 2019).

## DISCUSIÓN

Como hemos podido comprobar a lo largo de este artículo, las epidemias siempre han acompañado a la humanidad causando verdaderos estragos pese a que en los albores de la contemporaneidad se empleaban ya medidas muy similares a las que hoy se están poniendo en práctica.

Si atendemos a las cifras que nos aporta la Organización Mundial de la Salud, podemos comprobar que epidemias como el cólera siguen causando por año entre 21000 y 143000 muertes, pese a que existen ya vacunas orales contra esta enfermedad (Ali et al, 2012), de hecho, con el tratamiento adecuado, su letalidad no supera el uno por ciento (González, Casanova & Pérez, 2011). La fiebre amarilla causa unas 30000 muertes al año, teniendo en cuenta que hoy también existen vacunas que con una sola dosis aportan inmunidad de por vida (OMS, 2013), por ello la vacunación en zonas donde aún persiste esta enfermedad de modo endémico es fundamental (Valente, & García, 2017). Las enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe estacional matan cada año a unas 650000 personas (OMS, 2009), sobre todo a personas de la tercera edad, por lo que las vacunas anuales preventivas son especialmente importantes (Instituto de Salud Carlos III, 2017). Todas estas cifras de fallecidos que hoy nos resultan escandalosas, lo serían aún más durante el siglo XIX, pues no existían las vacunas y tratamientos médicos que actualmente pueden darse a estos pacientes, por tanto, podemos decir que la situación de miedo e incertidumbre sanitaria ante estas epidemias que atacaban frecuentemente a nuestros antepasados pudo ser igual a la que nosotros estamos viviendo frente a Covid-19.

Pasando a comparar las medidas que se pusieron en práctica durante el siglo XIX con las que se están llevando a cabo en la actualidad, veremos que confinar a una localidad es medida reiterada ante el avance de cualquier epidemia. Lo que sí puede cambiar es la dureza del confinamiento, siendo frecuente en esa centuria la prohibición de entrada o salida al municipio, y no tanto el permanecer dentro del hogar salvo urgencia, como ha ocurrido en toda España durante la primavera de 2020.

La organización y contabilización de enfermos por distritos sanitarios es algo que ya se

impuso en el siglo antepasado y que aún se emplea, especialmente en ciudades de grandes dimensiones, donde se han visto confinados algunos distritos que aportan peores resultados que otros, aún dentro de la misma ciudad.

Los avisos previos de confinamientos de poblaciones han ocasionado el traslado, cuasi furtivo, de muchos ciudadanos a sus segundas residencias, buscando evitar las duras medidas de confinamiento o tratando de pasar el encierro de manera más cómoda y llevadera. Esta situación era vivida desde antiguo cada vez que asomaba por las ciudades una enfermedad contagiosa, pues los más pudientes huían a sus tierras tratando de evitar las epidemias (Ortiz, 2017).

En los meses más duros de la primera oleada de la pandemia, hemos asistido a la creación de hospitales provisionales, algunos montados con la ayuda de los militares, la construcción a contrarreloj de nuevos establecimientos sanitarios y las morgues improvisadas en pabellones. Todo esto nos recuerda a los hospitales provisionales que servían de apoyo a los existentes que se mostraban desbordados durante las epidemias decimonónicas, así como a los depósitos de cadáveres que se preparaban en las afueras de las poblaciones, en los que se guardaban a los finados hasta poderlos enterrar sin que la familia pudiera despedirse (Toscano Gracia, 2019), situación sumamente triste a la que hoy volvemos a enfrentarnos. Algunos de estos hospitales provisionales eran creados para que los sospechosos pasaran la cuarentena de la enfermedad, al igual que hoy se han puesto muchos hoteles a disposición de las autoridades sanitarias para dar cabida a los trabajadores de la salud o a enfermos que no pueden pasar la cuarentena adecuadamente en otros lugares sin poner en riesgo a otros.

La situación de crisis que estamos viviendo ha supuesto que se tomen medidas preventivas como una mayor limpieza de vías públicas y fumigación de ciudades, aún abusando en ocasiones de productos químicos que pueden perjudicar nuestros monumentos. Esta medida ya se mostró como esencial en el siglo XIX, así como la prohibición de festejos y procesiones por convocar grandes multitudes (García, 2013), tal como ha ocurrido este año en el que no se ha podido celebrar las procesiones de Semana Santa o el *Corpus Christi*, ni fiestas patronales o ferias en todo el país.

Todo esto ha hecho que los desplazamientos entre poblaciones o países se hayan vuelto sumamente complejos, haciendo frecuente también la petición de certificados médicos de pruebas PCR que confirmen que la persona se encuentra sana actualmente, de la misma manera que se hacía en el siglo XIX con las cartas de sanidad, únicos justificantes que permitían los viajes de una a otra ciudad (Toscano Gracia, 2018).

Tras comparar las medidas que se tomaban ante las epidemias en el siglo XIX en la Baja Andalucía, y las que se han tomado este año frente al Covid-19, podemos decir que la gran mayoría concuerdan con las practicadas en el pasado, en cambio vemos algunas que hoy no se

ponen en práctica o que no se hicieron antes.

De este modo, la prohibición de determinados alimentos o la quema de cargamentos de ciertas zonas no se ha realizado, aunque sí se han extremado las medidas sanitarias, como con el distanciamiento social y la recomendación u obligación de utilizar mascarillas, algo que no se hizo durante el siglo XIX, pero sí durante la Edad Media con las diversas oleadas de peste, o a comienzos del siglo XX, frente a la gripe.

Es posible que una complicación en el pasado a la hora de tratar de frenar el avance de las epidemias fuese la desinformación, y la lentitud con la que llegaban los avisos y noticias de enfermedades contagiosas en poblaciones vecinas. Es muy probable que esta tardanza favoreciera que, cuando llegaba aviso de enfermedad contagiosa a los ayuntamientos de los municipios, ya hubiese llegado alguna persona contagiada por la enfermedad anunciada y lo hubiese extendido sin quererlo. Es entendible esta hipótesis en el siglo XIX, pues debemos tener en cuenta los medios de información con los que se contaba además del elevado analfabetismo de la población que servía de barrera ante los anuncios que iban dando las autoridades por escrito. Frente a la pandemia de Covid-19 sí hemos recibido información adecuada en tiempo real, incluso podríamos decir que durante estos meses hemos sufrido una sobrecarga informativa que, sin embargo, esto no ha facilitado que en todas partes se tomasen las medidas necesarias para la prevención del contagio a tiempo. Además, no podemos olvidar que la movilidad entre regiones y países hoy día es muy superior a la que se hacía en el siglo XIX, con lo que cada ciudadano que viaja de uno a otro lugar puede convertirse en un vector de contagio.

Ante la manera de tomar las medidas y ponerlas en práctica en el territorio, debemos recordar que durante el siglo XIX el gobierno central o provincial daba una serie de medidas generales que eran ampliadas por cada ayuntamiento, adecuándose a la situación específica de la localidad, pues, ni siquiera hoy día, con un mayor movimiento por parte de la población, es comparable la situación que puedan vivir en una cosmopolita gran ciudad frente a enfermedades contagiosas a la que sufran en pequeñas poblaciones rurales y donde los vecinos prácticamente no tienen contacto con el exterior, y para ello sólo debemos comparar los datos por ciudades que tenemos de contagios y fallecimientos. Observamos de esto que, en la provincia de Cádiz, Jerez de la Frontera, la ciudad con más población de la provincia, ha sufrido 1.283 casos y cincuenta y cuatro muertes desde que comenzó la pandemia hasta hoy, mientras que, en Alcalá de los Gazules, el municipio estudiado en el siglo XIX, sólo se han contagiado treinta personas desde el comienzo y no se ha registrado ningún fallecido por ello (Diario de Cádiz, 2020).

## CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo hemos estudiado las diversas enfermedades que atacaron a la Baja Andalucía durante el siglo XIX, pudiendo asegurar que muchas de ellas fueron auténticas

epidemias o, incluso, lo que hoy llamaríamos pandemias.

Así, durante toda la centuria se vivieron un sinfín de epidemias, a veces la misma que atacaba en distintas oleadas, sin que las autoridades civiles y sanitarias pudiesen hacer gran cosa para evitarlas, pudiendo destacar los estragos que causaron las frecuentes oleadas de fiebre amarilla o cólera morbo. Es conveniente recordar que algunas de las enfermedades descritas no eran bien entendidas en el período que aquí hemos estudiado, pues aún no se entendía bien el modo de contagio de algunas o el motivo por las que se padecían. Ello hace que algunas de ellas se hayan conseguido erradicar en el pasado siglo gracias a vacunas que, en ocasiones, comenzaron a emplearse a finales del siglo XIX y en otros casos fueron descubiertas ya entrado el siglo XX. Otras enfermedades no nos afectan hoy por una inmunidad de grupo a la que hemos llegado, algo que no nos exime ante una nueva cepa que pudiese aparecer. En cambio, aún quedan algunas enfermedades ante las que sólo podemos agradecer los avances médicos que favorecen el índice de supervivencia o pasarlas de forma más leve.

Pese a la desoladora debilidad humana que parecen mostrar estas líneas frente a la lucha contra enfermedades contagiosas, debemos destacar los esfuerzos que se tomaron por una mayor higiene y salubridad pública, así como por concienciar a la población de la necesidad de cuarentenas y confinamientos en sus localidades o barrios ante casos de epidemias activas, algo que no siempre se lograba, aunque existieran multas y penas que trataban de asegurar el cumplimiento de estas medidas.

Además, cada vez que había constancia de la existencia de una enfermedad contagiosa en las proximidades, las autoridades civiles se ponían bajo las disposiciones que los sanitarios viesan más eficientes tratando de paliar o evadir la enfermedad, cosa que nos parece lógica, pues en estos casos de crisis deben ser los expertos en la materia los que aporten una opinión unánime y en pro del bienestar de todos los ciudadanos.

Creemos además que conocer y tener presente las epidemias que asolaron nuestro territorio en el pasado y, especialmente, las medidas que se tomaron tratando de mejorar la situación puede ayudarnos a prepararnos no sólo en la lucha que aún continuará contra la pandemia que actualmente nos ataca, sino también contra aquellas futuras epidemias que puedan aparecer más adelante, pues la enfermedad va unida a la vida irremediabilmente. Recordemos aquella frase que nos regaló Miguel de Cervantes en su obra más insigne: “la Historia es émula del tiempo, depósito de las acciones, testigo de lo pasado, ejemplo y aviso de lo presente, advertencia de lo por venir” (Cervantes, 1615).

## REFERENCIAS

- Ali, M., López, A. L., You, J. A., Kim, Y. E., Sah, B., Maskery, B., ...Clemens, J. (2012). The global burden of cholera. *Bulletin World Health Organization*, 90, 209-218A.
- Álvarez López, A. E. (2018). *Vacunas de la Varicela y la Difteria: pasado y presente* (Trabajo Fin de Grado). Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense, Madrid, España.
- Benítez Reguera, M. (2014). Beneficencia y sanidad hospitalaria en Jerez (S. XV-XX). *Revista de Historia de Jerez*, 16-17, 79-98.
- Cervantes Saavedra, M. (1615). *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*. Ed. Francisco de Robles.
- Corona Tejada, L. (1990). *El Hospital Real de Nuestra Señora de la Misericordia de Loja*. Universidad de Granada.
- De la Figuera von Wichmann, E. (2009). Las enfermedades más frecuentes a principios del siglo XIX y sus tratamientos. *Los sitios de Zaragoza. Alimentación, enfermedad, salud y propaganda*. IFC, 151-171.
- De Puelles y Centeno, J. M. (1908). *Como le quieran llamar: colección de artículos, discursos y consejos*. Imp. de M. Álvarez.
- Decreto CCLXIX. Instrucción para el Gobierno Económico-Político de las Provincias, cap. I, art. IV, Cádiz, España, 23 de junio de 1813.
- Del Valle García, M. (2007). Edad Media y enfermedad. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica SEDENE*, 26, 9-27.
- Díaz Cárdenas, O. (2011). La viruela y el hombre. Más allá del humanismo médico. *Dendra Médica. Revista de Humanidades*, 10 (1), 21-39.
- Díaz Reina, A. y Oriol Salvador, P. (2013). Una gesta española en salud pública: la extensión universal de la vacuna de la viruela a principios del siglo XIX. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 83. 11-19.
- El mapa del coronavirus en la provincia de Cádiz (13 de octubre de 2020). *Diario de Cádiz*. Recuperado de [https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/mapa-coronavirus-provincia-Cadiz\\_0\\_1447655686.html](https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/mapa-coronavirus-provincia-Cadiz_0_1447655686.html)

- Gallent Marco, M. (1996). Historia e historia de los hospitales. *Revista d historia medieval*, 7, 179-191.
- García-Baquero López, G. (2004). El cólera en la provincia de Sevilla en el siglo XIX. Alcalá del Río y Castiblanco de los Arroyos. En J. J. Hernández Palomo (Coord.), *Enfermedad y muerte América y Andalucía: Siglos XVI-XX* (303-321). Sevilla, España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC.
- García Sánchez, A. J. (julio y agosto de 2013). *Morir en Sevilla en el año del Cólera*. Portal de Archivos de Andalucía. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/cultura/archivos/web\\_es/contenido?id=d5f1392c-de28-11e2-84f3-000ae4865a5f&idActivo=&idContArch=82d41584-62db-11dd-92d8-31450f5b9dd5&idArchivo=66ba1d46-632f-11df-ab8d-000ae4865a5f](http://www.juntadeandalucia.es/cultura/archivos/web_es/contenido?id=d5f1392c-de28-11e2-84f3-000ae4865a5f&idActivo=&idContArch=82d41584-62db-11dd-92d8-31450f5b9dd5&idArchivo=66ba1d46-632f-11df-ab8d-000ae4865a5f)
- Gaspar García, M. D. (1992). La epidemia de fiebre amarilla que asoló Barcelona en 1821, a través del contenido del manuscrito 156 de la Biblioteca Universitaria de Barcelona. *Gimbernat: Revista d Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*, 18, 65-72.
- González Valdés, L. M., Casanova Moreno, M. C. y Pérez Labrador, J. (2011). Cólera: historia y actualidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15 (4), 280-294.
- Guerrero Marín, F. (2002). La epidemia del Cólera Morbo de 1854. *Apuntes históricos de nuestro patrimonio: cuadernos de temas alcalaínos*. Alcalá de los Gazules, 12-17.
- Guerrero Marín, F. (2016). El Hospital de la Misericordia. *Apuntes históricos de nuestro patrimonio: cuadernos de temas alcalaínos*, 95-102.
- Hamber-Flores, A. (2018). La epidemia de fiebre amarilla de 1800 y su impacto en La Carlota, capital de las Nuevas Poblaciones de Andalucía. *Trocadero: Revista de historia moderna y contemporánea*, 30, 211-230.
- Idrovo, A. J. (2000). Epidemias, endemias y conglomerados: conceptos básicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48 (2), 175-180.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (16 de junio de 2020). *La estadística y la cartografía en las epidemias históricas acaecidas en Andalucía*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/blog/2020/06/estadistica-y-cartografia-epidemias-historicas-andalucia/>
- Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología (2017). *Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2017-2018*. Recuperado de <http://www.isciii.es/>

ISCIH/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/gripe.shtml

*Junta de Sanidad respectiva al año 1828 por epidemia en Gibraltar (1828)*. Archivo Municipal de Alcalá de los Gazules, leg. 423, libro 201. Alcalá de los Gazules.

*Libro de Actas de sesiones del Ayuntamiento (31 de agosto de 1800)*. Archivo Municipal de Alcalá de los Gazules, leg. 28. Alcalá de los Gazules

Madoz e Ibáñez, P. (1846-1850). *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Imp. P. Madoz y L. Sagasti.

Mangas Roldán, J. M. (16 y 17 de noviembre de 2001). "Anotaciones sobre las Juntas Municipales de Sanidad", en *VI Jornadas Nacionales de Historia de la Veterinaria*. Valencia.

Martín Verdejo, F. (2004). Los hospitales rurales de pobres en el Antiguo Régimen: el Hospital de Domingo Pérez (y de Erustes). *Anales Toledanos*, 40, 321-396.

Miñano y Bedoya, S. (1826-1829). *Diccionario geográfico-estadístico de España y Portugal*. Imp. Pierart-Peralta.

Molero Mesa, J. (1989). *Historia Social de la Tuberculosis en España (1899-1936)*. Universidad de Granada.

Montes de Oca, I. A. (2012). El ejército expedicionario de ultramar y las Correderas (I). *Historia de Alcalá de los Gazules*. Recuperado de <http://historiadealcaladelosgazules.blogspot.com.es/2012/11/>

Montes de Oca, I. A. (2020). Alcalá 1800. Historia de la epidemia de fiebre amarilla. *Historia de Alcalá de los Gazules*. Recuperado de <http://historiadealcaladelosgazules.blogspot.com/2020/03/alcala-1800-historia-de-la-epidemia-de.html>

Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española [NTLLE] (2020). Definición epidemia. Recuperado <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>.

Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española [NTLLE] (2020). Definición pandemia. Recuperado <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Programa Mundial de la OMS de investigaciones de salud pública sobre la gripe*. Recuperado de <https://www.who.int/influenza/>

resources/research/2010\_11\_15\_global\_influenza\_research\_agenda\_version\_01\_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Documento de posición de la OMS: Vacunación contra la fiebre amarilla.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (24 de febrero de 2010). ¿Qué es una pandemia? Recuperado de [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)

Ortiz García, J. A. (2017). Autoridad e imagen de la epidemia. La fiebre amarilla de la Barcelona del siglo XIX. *Potestas: religión, poder y monarquía. Revista del Grupo Europeo de Investigación Histórica*, 11. 93-110.

Real Academia Española [RAE] (2020). Definición epidemia. Recuperado de <https://dle.rae.es/epidemia?m=form>

Real Academia Española [RAE] (2020). Definición pandemia. Recuperado de <https://dle.rae.es/pandemia?m=form>

Rius i Gibert, C. (2019). La peste a lo largo de la historia. *Enfermedades emergentes*, 18(3). 119-127.

Rodríguez Ocaña, E. (1992). Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-1835 en Andalucía. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X, 2. 87-111.

*Sesión extraordinaria ante posible epidemia de cólera* (19 de julio de 1884). Archivo Municipal de Alcalá de los Gazules, leg. 423, libro 201. Alcalá de los Gazules.

*Sesión extraordinaria ante posible cólera morbo* (18 de junio de 1885). Archivo Municipal de Alcalá de los Gazules, leg. 423, libro 201. Alcalá de los Gazules.

*Sesión extraordinaria ante angina maligna* (16 de julio de 1888). Archivo Municipal de Alcalá de los Gazules, leg. 423, libro 201. Alcalá de los Gazules.

Solé, P. A. (1985). *Situación económica y asistencia social de la diócesis de Cádiz en la segunda mitad del siglo XVIII*. Caja de Ahorros de Cádiz, serie histórica, 3.

- Tomàs Pumarola, A. A. (2018). La Pandemia de gripe de 1918. Una incógnita 100 años después. *Rev Enferm Emerg*, 17 (2), 63-66.
- Tortosa, J. M. (2009). Auge y caída de la globalización. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, 15-40.
- Toscano de Puelles, F. (1988). *Historia de la Congregación-Beaterio de Jesús, María y José*. Diputación Provincial de Cádiz.
- Toscano de Puelles, F. y Guerra Martínez, J. (2013). *Diego de Viera, Fundador. Constituciones del Beaterio de Jesús, María y José*. Imp. Gráficas Magariño s.
- Valente Acosta, B. y García Acosta, J. (2017). Fiebre amarilla: revisión concisa ante el actual escenario epidemiológico. *Med Ind Méx*, 33 (5), 648-654.
- Viñes Rueda, J. J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra, 1870-1902*. Gobierno de Navarra.
- Wong Chew, R. M. (2003). El sarampión. Conceptos actuales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas*, 23 (4), 133-136.
- Yllescas, L. y Clavero, J. (2019). La Janda, una inmensa laguna para recuperar. *Revista Ecologista*, 99.

---

ARTÍCULO DEL DOSSIER

# LA CONSTRUCCIÓN IMAGINARIA DE LA INMUNIDAD (COVID-19, BIOPOLÍTICA Y ANOMIA SOCIAL)

---

Recibido: 16/10/2020 - Aceptado: 30/12/2020

**Alvaro Reyes Toxqui**

Universidad Autónoma Chapingo, Chapingo,  
México

[areyest@chapingo.mx](mailto:areyest@chapingo.mx)

---

**Resumen:** Hasta el momento, cuando estas líneas se escriben, ya se han contagiado en el mundo más de treinta millones de personas y han fallecido un poco más de un millón, por los efectos del Covid-19, la enfermedad que ha desmontado los andamiajes de la realidad y de la normalidad a la que, hasta apenas hace un año, se estaba acostumbrado. No es exagerado decir que si bien la humanidad se ha enfrentado con muchas pestes a lo largo de su historia, ésta tiene dos cualidades únicas: primero, ha surgido en el tiempo donde los medios de comunicación logran el efecto de instantaneidad, haciendo que las noticias circulen en una velocidad vertiginosa y avasalladora —lo cual nos coloca frente al espasmo de su visibilización—; y segundo, ha logrado tambalear los cimientos del orden geopolítico al desencajar no sólo los centros hegemónicos del poder —que incluyen sus crisis financieras-militares-políticas y el reacomodo geoestratégico que ello implica— sino, también, el de su más importante discurso de autolegitimación: a saber, no la promesa de la libertad, sino el de la inmunidad. En el presente ensayo se establecen algunas líneas reflexivas en torno al problema de la construcción biopolítica de la inmunidad en tiempos donde la crisis sanitaria mundial atraviesa el campo minado de nuestras representaciones del orden social.

**Palabras claves:** biopolítica, democracia, inmunidad, cuerpo

---

# THE IMAGINARY CONSTRUCTION OF IMMUNITY (COVID-19, BIOPOLITICS AND SOCIAL ANOMIE)

---

Recibido: 16/10/2020 - Aceptado: 30/12/2020

**Alvaro Reyes Toxqui**

Universidad Autonoma Chapingo, Chapingo,  
México

[areyest@chapingo.mx](mailto:areyest@chapingo.mx)

---

**Resumen:** At this moment, while these lines are written, more than thirty million people have been infected all over the world and over a million have died due to the effects of Covid-19, the virus that causes this disease has dismantled the scaffolding of the reality and the normality to which, until just a year ago, the world was used to. It is not an exaggeration to say that even though humankind has faced many plagues throughout history, the current pandemic has two unique features: first, it has arisen in the time where the media have an instant effect, making the news circulate at a dizzying and overwhelming speed –which puts us in front of the spasm of their visibility–; secondly, it has managed to shake the foundations of the geopolitical order by dislodging not only the hegemonic centers of power - which include its financial-military-political crises and the geostrategic rearrangement that this implies - but also its most important speech of self-legitimation : not the one promise of freedom, but rather the one of immunity. In this essay, some reflective lines are established around the problem of the biopolitical construction of immunity in times when the health crisis crosses the minefield of our representations of the social order.

**Palabras claves:** biopolíticas, democracy, inmunity, body

# LA DEMOCRACIA CONTAGIADA

No es un secreto que Donald Trump, presidente norteamericano, anunció recientemente que él y su esposa Melania habían enfermado de covid-19. Este evento que no debiera ser extraño si se considera que alrededor del mundo el virus ha atacado ya a altas personalidades del mundo político: Bolsonaro en Brasil, Boris Johnson, en Inglaterra, Violeta Ávila, en Ecuador y un largo etcétera muy difícil de cuantificar. En Nicaragua, por ejemplo, un país que no generó políticas de contingencia sanitaria, se habla ya de la muerte de sesenta personas en distintos niveles en el gobierno de Daniel Ortega. En el caso de Donald Trump se vuelve especial en dos sentidos: primero, es el presidente de uno de los países eje en el juego geopolítico mundial; segundo, se encuentra en medio de un panorama electoral álgido que da tintes especiales al anuncio de su enfermedad. Sobre esto último, algunos críticos expresaron que el anuncio en Twitter y la visibilización mediática fue sólo parte de una estrategia de campaña que lo conduciría a emerger, ante el electorado, ya no sólo como un sobreviviente de la pandemia, sino como un hombre fuerte, biológicamente hablando. El mensaje a los electores tendría que ser simbólicamente claro: el poder de un régimen político es superior al de un virus global al que, por cierto, habría negado sistemáticamente, así como lo hizo con el cambio climático. La apoteosis de este acontecimiento ocurrió el pasado 12 de octubre de 2020 cuando, en un mitin multitudinario en Florida, Trump expresó en medio de un arrebató de euforia: “Ahora dicen que soy inmune” (infobae, 2020).

La historia del Covid-19 de Trump es muy corta —acaso doce días entre el anuncio de su contagio y el del aviso médico de su confuso negativo en las pruebas— pero tiene un significado profundo en lo que respecta a la construcción del imaginario social y político. La frase: “Ahora dicen que soy inmune”, representa más que una simple alocución demagógica emitida coyunturalmente. Con riesgo de generar figuras forzadas de análisis, desde la perspectiva del *maremágnum* de situaciones que hoy atraviesa el occidente pandémico, esa expresión debería instalarse en esa clase de ideas fundantes capaces de hilvanar la construcción de los sistemas políticos, entre ellos las democracias. La expresión atrevida de Trump señala una dimensión pocas veces visible en los tratados políticos de quienes, cuando hablan del *demos-kratos*, olvidan que éste no debe ser tratado únicamente en forma de superioridad ética de los valores trascendentes que igualan las aspiraciones de libertad, igualdad y fraternidad con la construcción procedimental de la ciudadanía. El *demos-kratos* tampoco se centra exclusivamente en la construcción del espíritu rousseaniano de la *Voluntad General* que llega a imaginar la construcción racional de la ciudadanía a partir de la participación consciente en el espacio público. Resulta obvio señalar que los cimientos que dieron cabida a las revoluciones burguesas del siglo XVIII deberían pasar por un riguroso análisis filosófico y politológico en el siglo XXI que sirviera para determinar si pueden seguir sosteniendo los regímenes políticos que empiezan a despertar abruptamente después del largo sueño de la globalización y del largo olvido de los principios éticos superiores que le dieron fundamento. ¿Qué ocurrió con ellos? Por un lado, ya Zizek ha cuestionado los alcances de la libertad en un mundo donde quizás no tengamos

el lenguaje para «decir la libertad», lo cual supone una forma intersubjetiva de asunción a las formas fácticas y simbólicas del poder contemporáneo. Por otra parte, el reposicionamiento de la extrema derecha en diversos niveles del poder público ha hecho elogios de las altas cuotas de exclusión, polarización y desigualdad producidos por un modelo económico alejado, a todas luces, de todo principio de fraternidad política. El expolio de la naturaleza y la precarización de lo humano han sido los signos más visibles de que la triada axiológica e ilustrada —*liberté, égalité et fraternité*— hoy gira en torno a otros goznes. El largo periodo de la globalización y de la llamada hipermundialización colocaron en juego el alcance ético y político de lo que habíamos aprendido y creído sobre el espacio público, sobre los principios del liberalismo y, por encima de todo, del Estado como expresión última de la racionalidad humana, capaz de generar comunidades de consensos. La estrategia contra estas construcciones fue muy sencilla: la colonización del poder público tenía que desustantivar al espacio público, fragmentarlo, recategorizarlo y colocarlo sólo como una expresión necesaria de los intereses privados. Zaiki (2000), lo enuncia magistralmente:

En esta dinámica de fragmentación del espacio público, los intereses económicos privados están lejos de ser los menos activos, aun cuando con frecuencia se muestren discretos. De hecho, las grandes multinacionales se interesan, antes que nada, en la reducción masiva de las medidas de orden público susceptibles de obstaculizar la penetración de los mercados. Para estas empresas, el respeto a la democracia pasa sobre todo por la ampliación de los derechos de propiedad y de las reglas que garanticen su protección. Correlativamente, se preocupan menos en hacer valer sus normas como tales, que en ingeniárselas para que las normas privadas se conviertan en normas públicas. De esta manera se esquivo el debate esencial con respecto a la legitimidad de las normas que proponen. Hay allí pues, una fuente no despreciable de erosión del espacio público.

La erosión de los principios éticos que explican y legitiman históricamente al liberalismo y al *demos-kratos* obliga hoy a interrogar si hay otros modos de entender ese basamento axiológico, sus transmutaciones y sus posibilidades en un siglo XXI que hoy empieza a girar peligrosamente hacia configuraciones de poder político que se antojan, como aseveró Bauman (2017), *retrotópicas*<sup>1</sup>.

La intención teórica que mueve el presente ensayo se centra, precisamente, en la posibilidad de pensar en negativo para desenterrar, como en un ejercicio arqueológico, otras disposiciones no-éticas del poder político y ver si con ellas se puede aventajar en la tarea de comprender las transfiguraciones de lo político en el mundo pandémico al que hoy nos enfrentamos y

1 Las sociedades *retrotópicas* serían aquellas que ante el espanto de lo que se adviene en el futuro —aun cuando todo ello pudiera ser imaginario—, se construyen la posibilidad del retorno en busca de un punto seguro de la historia. La nostalgia del pasado ficcional en busca de sociedades seguras pudiera entrañar el peligro de la renuncia del derecho ciudadano frente a la figura pública —patrimonial, tradicional o carismática— que se erige en probables formas de neofascismo. Si bien es una afirmación provocadora, no deja de ser posible en el horizonte de la historia contemporánea donde la extrema derecha política adquiere y se adhiere a discursos populistas.

que nos hace aspirar a la construcción imaginaria de la inmunidad como nuevo basamento de orden social. Simone Weil, sin embargo, nos advirtió en torno de los alcances de esta tarea: “Se pueden tomar casi todos los términos, todas las expresiones de nuestro vocabulario político, y abrirlos. En su centro se encontrará el vacío” (Weil, 2007, p. 359).

## DEMOS-KRATOS: LA DINÁMICA DEL MIEDO.

El miedo no sólo es una emoción constituida a partir de la percepción del riesgo, sea real o imaginario; no es tampoco únicamente la reacción individual frente a la crudeza de algún acontecimiento que rompe la estructura de la normalidad y que es capaz de generar un estado de shock. Si bien corresponde a estas dimensiones de la esfera particular de la subjetividad humana, el miedo recorre una vía diferente, menos visible porque circula por las redes de la intersubjetividad social y es, empero, más eficaz en la construcción del orden social. El miedo es subyacente y contiene fuerte dosis genealógicas frente a las nociones de la libertad y del bien público. El miedo no es antagónico a la libertad, tal como lo imaginó Montaigne, sino curiosa y políticamente, su única posibilidad de realización. Robin (2009) ha establecido las bases de este entendimiento:

El miedo a la guerra civil, por ejemplo, supuestamente engendra respeto por el imperio de la ley; el miedo al totalitarismo, el aprecio por la democracia liberal; en el miedo al fundamentalismo se apoyan la tolerancia y el pluralismo. Temerosos de contraer esas enfermedades, nos convencemos de tomar las medidas adecuadas para protegernos de ellas, y una vez convencidos, apreciamos y valoramos, como no lo hicimos antes, el valor de antidotos como el imperio de la ley, la democracia liberal, etc. (p. 19).

Si se sigue la lógica expositiva de las reflexiones de Robin, no se debe pasar por alto hacer la pregunta que interrogue sobre los fenómenos políticos y culturales que pudiera engendrar, hoy por hoy, el miedo a la infección por SARS-COV2 o por cualquier otro agente viral que pudiera amenazar el orden político y la vida humana. En este sentido, se prefiguran algunas posibilidades que se deben interpretar a la luz del sentido de la afanosa búsqueda de la inmunidad. Más allá del debate público entre Zizek y Byung Chul Han sobre la posibilidad de generar nuevas reaperturas posibles al comunismo como producto de la pandemia, se debe de establecer una línea de reflexión cuyo énfasis se dirija a las probabilidades de entender cómo el miedo a la intrusión de «lo otro», —el extranjero, el virus propagado, un ataque terrorista, una fluctuación en la bolsa — es la base que permite la exigencia proclamada de redefinir y resucitar la soberanía de los estados nación, en términos de identidad, protección y autoreconocimiento, como resultado intersubjetivo del presentimiento vital de que la dinámica globalizadora, con su política de eliminación de fronteras —arancelarias, comerciales, culturales y geopolíticas —, nos ha traído ya, en forma de un virus pandémico, la amenaza de muerte hasta el límite de nuestra propia puerta. Es probable que el discurso que exagera el miedo a «lo otro» sea, como

ha señalado Preciado (2020) un ensayo de las nuevas formas de entender la soberanía en un contexto en que los ejes de la imaginaria unidad del mundo, sin fronteras y sin muros, se están desarticulando. La era Trump, esa que acaba de anunciarse como inmune ante el Covid-19, está sentando las bases para visibilizar una de las tareas sustantivas que explican la constitución de las soberanías contemporáneas y de sus prácticas biopolíticas: la promesa imaginaria del *immunitas*, es decir, el ofrecimiento de la exoneración de la muerte.

Roberto Espósito (2005) ha profundizado sobre el estudio de la comunidad, la inmunidad y la biopolítica. Las reflexiones de este filósofo italiano alertan sobre la dinámica social del contagio, es decir, sobre el verdadero riesgo de ser devastado por aquello que es intrusivo, ya sea biológica o políticamente hablando, y que rompe violentamente —por el azoro de su visibilidad— las fronteras entre lo que es interno y externo, lo extraño y lo propio, lo individual y lo común tanto en la esfera de la existencia individual como en la propiamente colectiva.

El término que mejor se presta a representar esta mecánica disolutiva —justamente por su polivalencia semántica, que lo ubica en el cruce entre los lenguajes de la biología, el derecho, la política y la comunicación— es «contagio». Lo que antes era sano, seguro, idéntico a sí mismo, ahora está expuesto a una contaminación que lo pone en riesgo de ser devastado. Es natural que una amenaza de este tipo sea constitutivamente inherente a toda forma de vida individual, así como a todo tipo de asociación humana. Pero lo que confiere una especial importancia a la exigencia de inmunización —e inclusive hace de ella el eje de rotación simbólico y material de nuestros sistemas sociales— es el carácter, a la vez de aceleración y de generalización, que asumió desde hace un tiempo esa deriva contagiosa (Espósito, 2005, p. 10).

La promesa de la inmunidad, tal como se desprende de estas reflexiones, supone por lo menos tres formas de reconocimiento: primero, el de la percepción de riesgo que supone la potencial presencia de lo otro; segundo, el de la visibilización de la amenaza real o imaginaria de los mecanismos de contagio y de la improbabilidad de su control; y tercero, el de la necesidad de generar una sensación inmunitaria como redefinición de la comunidad política y sanitaria que permitirá, dado el caso, de generar y legitimar políticas contra de los potencialmente peligrosos —los *demuni*, los nombra Espósito—, es decir, los que deben ser excluidos en actos de protección inmunológica. Elegir quiénes pueden salvar la vida y cuáles no, frente a una situación de percepción de riesgo, es, a todas luces, un acto biopolítico. Es este acto, precisamente, es la que produce a la *communitas* y es el miedo, como emoción política, la que produce la dialéctica relacional entre el *immunitas* y el *demunitas*, entre el que quiere quedar fuera del contagio favorecido por la acción de una soberanía, y el que es señalado, estigmatizado, como portador del riesgo. Aquí quizás quepa la reflexión de que, si se produce una fuerte percepción de riesgo, es probable que en el sentido comunitario se exacerbe la exigencia de la inmunidad (en el sentido biológico y político) y ello abra la necesaria y legítima acción biopolítica del régimen. Sí, como anunció Corey Robin, que “el miedo a la guerra civil engendra respeto por

el imperio de la ley”, es probable que el miedo a la pandemia esté ya acelerando movimientos sociales que exijan del régimen la promesa de la inmunidad.

Este comportamiento de la inmunidad como ideología de exclusión racial, económica, sanitaria o electoral, ha estado presente en la mayoría de los procesos políticos contemporáneos. Estuvo detrás de la decisión inglesa de salir de la Unión Europea, en el denominado Brexit; se encontró en la base de la campaña de Bolsonaro, en Brasil; en el insólito triunfo de Donald Trump en las elecciones norteamericanas de 2016 y, con sus propias variantes del carácter inmunológico de generar nuevas identidades populares, en el triunfo electoral del Movimiento Regeneración Nacional con su dinámica patrimonialista en la representación de su caudillo-presidente Andrés Manuel López Obrador. Al parecer, desde esta pandemia, la expresión triunfal de Trump, “Ahora dicen que soy inmune” constituirá parte de los discursos imaginarios del poder público.

El problema de la construcción social de la inmunidad, sin embargo, es más profundo y complejo aun porque una tesis más acertada del asunto asumiría que la *immunitas* sólo es posible cuando el riesgo ha sido interiorizado y el agente de contagio o del mal ya se encuentra actuando dentro del organismo. El lenguaje epidemiológico quizás ayude a comprender este nuevo problema y sus antinomias políticas. Espósito (2005) ya había señalado esta encrucijada teórica cuando aseveró que frente a los vaivenes de la relación inclusión/exclusión, sólo es posible exorcizar el mal cuando éste es absorbido por el organismo que ataca. Si bien aquí se juega un símil con respecto del lenguaje médico, lo cierto es que presenta uno de los grandes problemas de la constitución soberana del poder en tiempos de Covid-19. “El veneno es vencido por el organismo no cuando es expulsado fuera de él, sino cuando de algún modo llega a formar parte de éste” (Espósito, 2005, p. 18). Las implicaciones de esta imagen inmunológica son varias, aunque, para fines de este trabajo, nos centraremos sólo en la dinámica del miedo político que produce demandas de inmunidad con respecto del mal percibido y lo que reproduce en términos de actores públicos quienes asumen la función del discurso salvífico: el que encarna los principios de defensa, el mismo que otorga sentido a la posibilidad de la inmunidad que, a su vez, construye *communitas*. Espósito utiliza la figura enigmática del *katékhon*, es decir, del hombre sagrado [*homo sacer*] capaz de contener, por sí mismo, la irrupción del mal. El *katékhon* es una especie de muro de contención interna de la comunidad que construye intermediaciones necesarias entre el mal.

El *katékhon* frena el mal conteniéndolo, conservándolo, deteniéndolo dentro de sí. Le hace frente, pero desde su interior: albergándolo y acogiéndolo hasta el punto de ligar a la presencia de este su propia necesidad. Lo limita, lo difiera, no obstante si derrotarlo del todo: en ese caso se derrotaría también a sí mismo (Espósito, 2005, p. 93).

La figura del *katékhon* es polémica en todos los sentidos porque revela la dimensión sagrada de la política que identifica a la inmunidad con “diversos significados referibles a la se-

mántica religiosa —lo sacro, lo santo, lo sano, lo salvo, lo indemne y, precisamente, lo inmune” (Espósito, 2005, p. 77). Esta semántica salvífica se encuentra, precisamente, vinculada con la construcción del discurso político que asume la figura pública quien no sólo promete contener el mal, sino restaurar a la comunidad. Esta figura que se encarna en el profeta y en el sacerdote, aparece secularizada en la figura del político —carismático, tradicional o patrimonialista, según la caracterización weberiana— quien es capaz no sólo de presentarse a sí mismo como un antídoto al mal, sino de anunciar el riesgo, exacerbar la necesidad de la protección y la restitución y, una vez con el poder en manos, acrecentar peligrosamente el régimen soberano y sus acciones biopolíticas. Dentro de las aguas turbulentas del carisma, el miedo político sirve para lograr el único consenso<sup>2</sup> posible dentro de la comunidad: la exigencia de un aparato inmunitario que es, a todas luces, un dispositivo biopolítico en el que, ya elevado a rango de acción legítima, el poder soberano decide sobre quién vive y quién muere como acto sacrificial en favor de la inmunidad colectiva.

## DEMOS-KRATOS: LOS VICIOS ORDINARIOS

Ya hemos referido los estudios que sobre el miedo político ha realizado Robin (2009) y la tesis central que recorre toda su investigación, saber: el miedo no sólo debe entenderse como emoción humana sino como un principio que subyace dentro de los procesos de construcción política. Esta idea establece por lo menos dos dimensiones que deben ser exploradas aún más: primero, que existe un «miedo político», mismo que subyace en las formas del conservadurismo del orden social; segundo, que existen “políticas del miedo”, es decir, actos premeditados dirigidos a controlar la subjetividad social y a legitimar la reacción soberana, normalmente nuda y terrorífica, en contra de lo que aparece en el horizonte como riesgo. Ambas ideas ya han revelado el aspecto oscuro del miedo como el motor de la historia del poder político y ha revelado, a partir de la construcción imaginaria de la inmunidad, sus vetas secularizantes no-éticas de la acción biopolítica del poder soberano. En este apartado exploraremos la idea de la inmunidad desde un enfoque negativo, casi olvidado, de la teoría del liberalismo del miedo, desarrollada por Judit Shklar quien, a diferencia de muchos filósofos políticos, parte del aspecto antinómico que establece que el papel del liberalismo político debería ser tomado con mucha precaución porque éste no debería “establecer situaciones deseables, sino de impedir situaciones condenables” (Honnet, 2018, p. 6). Esta vía negativa nos prepara para la visión de la praxis política y del problema de la esfera pública a partir de la consideración civilizatoria del miedo, del desciframiento de la crueldad política del soberano y, finalmente, de los procesos terroríficos de la exclusión y el exterminio.

La filosofía política de Shklar es perturbadora porque si bien pudiera emparentarse con

2 Quizás resulte atrevido suponer que la idea habermasiana de los actos comunicativos de consenso, expresión de la capacidad sintáctica del lenguaje, parte de un principio difícil de sostener en ese ejercicio del pensamiento negativo que se ha colocado como premisa en este ensayo. Quizás la razón misma no sea sino expresión del miedo profundo que provoca la naturaleza inestable del universo que se expande, se contrae, se sustrae violentamente a la mirada curiosa de quien quiere poner amarres legales a sus movimientos.

la noción hobbesiana de la naturaleza humana, la diferencia estriba en que para la filósofa de Harvard el uso de la crueldad política y del terror de estado no es sólo atributo de los sistemas autoritarios sino de todo régimen de soberanía quien, de acuerdo con Weber, hace legítima el uso de la violencia política. Al respecto de Shklar se dice:

Sin duda no ofrece un *summum bonum* hacia el cual derivar todos los agentes políticos, pero ciertamente empieza con un *summum malum* que todos nosotros conocemos y que evitaríamos si pudiéramos. Ese mal es la crueldad y el temor que inspira, y el puro miedo al miedo (Robin, p. 30).

En Shklar la idea de la soberanía no se basa en la idea roussoniana de la universalidad humana —la cual ha producido principios de esperanza liberadora. Su filosofía política parte de la experiencia del sometimiento y de la impotencia política de los excluidos, de los que son sujetos de la crueldad política y económica que los condena, por lo menos aparentemente, al olvido y en el desamparo. No hay una visión optimista del régimen soberano porque para Shklar es éste quien produce el horror, la crueldad, la expoliación y el sometimiento la cual, paradójicamente, es la base del orden social imperante. El principio negativo que prevalece en este planteamiento es interesante. Mientras que para la visión que enaltece positivamente los principios fundantes del liberalismo —quien supone que el objetivo primordial es garantizar las condiciones políticas necesarias para el ejercicio de la libertad individual— la autora realiza una importante crítica al señalar que los distintos liberalismo se deben a la herencia trascendental de la supremacía de la conciencia, derivada de los planteamientos luteranos o de la filosofía práctica de Kant, y que es a causa de esta herencia por la cual se enmascara al poder político con rostros de racionalidad, esperanza y ciudadanía.

El liberalismo de los derechos naturales concibe que una sociedad justa es aquella compuesta por ciudadanos políticamente recios, todos y cada uno de los cuales son capaces de salir en defensa de sí mismos y están dispuestos a hacerlo tanto para sí mismos como para los demás. Igualmente dado a la esperanza es el liberalismo del desarrollo personal. La libertad, sostiene este, es necesaria para el progreso personal y también social. No podemos extraer lo mejor de nuestras potencialidades a menos que seamos libres de hacerlo. Y la moral es imposible a menos que tengamos la oportunidad de escoger nuestro curso de acción (Shklar, 2018, p. 19).

El enmascaramiento consiste en ocultar que detrás de toda construcción ética y trascendental de lo político, existe un poder soberano que debe de tratar con los peligros de la guerra, la desobediencia, el control y, por supuesto, con la probabilidad de la vulnerabilidad del sistema a partir de la dinámica que sobrepasa a la comunidad misma, es decir, la del contagio. Si bien en Shklar no hay una alusión al problema de la inmunidad, lo que sí queda claro es que para ella todo régimen soberano debe elegir entre la acción ética de inclusión y la acción no-ética de la exclusión, de la separación de los cuerpos, de la distinción de la vida para concentrarla

en una sola expresión: la administración de la vida misma. No hay en Shklar una visión de la biopolítica al estilo foucaultiano, sin embargo, sí llega a la comprensión de que los regímenes soberanos son capaces de la progresiva marginación de los cuerpos, pero nunca de su vaciamiento. Las cuotas de dolor que produce la exclusión exigen de la presencia de los cuerpos de cuya posibilidad de resistencia pueden surgir no sólo atisbos de cambio social sino, también, de su probable represión. El liberalismo del miedo sugiere la dinámica de la crueldad como base del orden deseable:

¿Qué se entiende aquí por crueldad? Es la deliberada imposición de daños físicos —y consecuencias emocionales— sobre una persona o grupo más débil por parte de otros más fuertes que se proponen alcanzar algún fin, tangible o intangible. No es sadismo, aunque tal vez algunos individuos sádicos se reúnan para ocupar posiciones de poder que les permitan satisfacer sus deseos. Pero la crueldad pública no es una inclinación personal esporádica. La hacen posible las diferencias de poder público y casi siempre se inscribe en el sistema de coerción sobre el que tienen que descansar todos los gobiernos para cumplir con sus funciones esenciales. Todo sistema legislativo lleva implícito un mínimo nivel de miedo, y el liberalismo del miedo no sueña con el final del gobierno público coercitivo. El miedo que pretende impedir es el que generan la arbitrariedad, los actos inesperados, innecesarios y no autorizados de la fuerza y los actos de crueldad y tortura habituales y generalizados llevados a cabo por los agentes militares, paramilitares y policiales de cualquier régimen. (Shklar, 2018, p. 21).

## DEMOS-KRATOS: PENSAR DESDE LO ANÓMICO

La expresión *ánomos* pertenece a aquellos términos acuñados por la sociología de Emilio Durkheim. La expresión es interesante porque se presenta siempre como un principio negativo de desorden y generó, además, una categoría para analizar toda suerte de fenómenos que se colocaran fuera del *nomos*, es decir, de los principios de ley y orden que presuponen la construcción ordenada y plausible de la realidad. El orden es un dispositivo poderoso que constituye la premisa de lo normal y de lo legal. La atadura de la ley ha estado presente en el imaginario político de la filosofía occidental: desde la imaginaria república del rey filósofo platónico, pasando por la construcción del modelo jurídico que construye Aristóteles en la *Política* y aterrizando de modos mesiánicos en los postulados del comunismo científico y de todas las utopías revolucionarias del siglo XX. Es indudable que la idea política del orden dirige incluso nuestras aspiraciones del retorno a la normalidad en medio del proceso pandémico que experimentamos en este 2020. Sin embargo, la gran interrogante que surge a partir de esta tesis de la centralidad del orden social es si no, tal noción, se encuentra atravesada por esta extraña construcción intersubjetiva que exigiría, para su realización, la construcción imaginaria de la inmunidad. Finalmente, una sociedad ordenada debería ser la imagen equilibrada entre la seguridad, la razón, la tolerancia y las condiciones civiles de realización de la libertad. Este

nomos, sin embargo, como ya hemos visto en las nociones anteriores, sólo se entiende bajo la presencia perturbadora de lo que sale del marco de la ley, es decir, de lo que la ley deja fuera como posibilidad de acción bio y necropolítica. Pensar desde lo anómico supondría entender el vínculo íntimo que hay entre la noción de orden, de inmunidad y del *katékhon* como parte de los *mitos políticos* que empiezan a resurgir en estos tiempos de pandemia que exacerbaban, por un lado, la necesidad nostálgica de retorno al pasado, hacia el rescate de los regímenes soberanos que ofrecían condiciones de inmunidad y, por el otro, hacia el deseo cada vez más visible de justificar, como expresiones de las políticas del miedo, las acciones inmunizadoras de los regímenes soberanos de los cuales se empieza a construir, peligrosamente, su nostalgia.

## A GUIA DE CONCLUSIONES

“Ahora dicen que soy inmune”, expresó el presidente norteamericano y candidato a un segundo periodo en la Casa Blanca. En estos tiempos pandémicos la expresión resucita nuevos mitos políticos que no descansan sobre las nociones trascendentales de la racionalidad, el consenso, la tolerancia y la libertad, sino que revelan el retorno de las nociones intersubjetivas de seguridad, miedo, comunidad de inmunes y anomía social. El poder que esconde la noción de inmunidad, como ya se señaló, atraviesa muchos campos del imaginario social y de la nueva orquestación de poderes. La inmunidad no salvaguarda, nos conecta con la comunidad, nos otorga la tranquilidad de que no somos el otro, el extraño, el agente de infección, al que hay que controlar, sin vaciarlo de contenido, colocándolo en los márgenes, excluyéndolo, sin posibilidad de acceso. La inmunidad es la exclusión de lo otro por miedo a ser sobrepasados, contagiados, intubados. El sueño político que circula en las redes es el de la autoinmunidad porque ello supone la posibilidad de quedar fuera de la infección mortal del virus SARS-COV2 y generar una vuelta nostálgica hacia el tiempo antes de las políticas de contingencia donde nadie hablaba de inmunidad, ni usaba cubrebocas ni se distanciaba corporalmente. ¡Qué tiempos aquellos cuando la mascarilla o el barbijo no eran la nueva epidermis, la nueva frontera en donde no hay posibilidades de contacto físico! El retorno a los campos imaginarios de lo que nunca fue es, quizás, la impronta de la política en estos tiempos del Covid-19 que, como dispositivo político, amenaza con quedarse por largo tiempo enquistado en nuestros pulmones y en nuestros temores.

## REFERENCIAS

Honnet, A. (2018) La historicidad del miedo y la vulneración. Rasgos socialdemócratas en el pensamiento de Judith Shklar. En Shklar, J. *El liberalismo político del miedo*. Barcelona: Ediciones Herder.

Infobae (2020). Donald Trump pidió vencer a la “izquierda radical” en su primer mitin post

COVID-19. Recuperado de: <https://www.infobae.com/america/eeuu/2020/10/13/donald-trump-pidio-vencer-a-la-izquierda-radical-en-su-primer-mitin-post-covid-19/>

Zaiki, L (2000). El desafío de la hipermundialización. *Revista Nexos* (abril). Recuperado de <https://nexos.com.mx/?p=9599>

Preciado, P. (2020). Aprendiendo del virus. *El País* [28 de marzo] Recuperado de: [https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952\\_026489.html](https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html)

Robin, C. (2009). *El miedo. Historia de una idea política*. México: Fondo de Cultura Económica.

Shklar, J. (2018). *El liberalismo político del miedo*. Barcelona, España: Ediciones Herder.

Weil, S. (2007). *Escritos históricos y políticos*. Madrid, Trotta.

Zizek, S. (2005). *Bienvenidos al desierto de lo real*. Madrid, España: Ediciones Akal.

---

ARTÍCULO DEL DOSSIER

# MEDIDAS SANITARIAS ANTE LAS EPIDEMIAS COMO ESTRATEGIAS DE CONTROL SOCIAL Y CULTURAL EN VENEZUELA DURANTE LOS SIGLOS XVII, XVIII E INICIOS DEL XIX

---

Recibido: 14/01/2021 - Aceptado: 20/02/2021

**Aimee Zambrano**

Universidad Central de Venezuela, Caracas,  
Venezuela

[aimeezambrano@gmail.com](mailto:aimeezambrano@gmail.com)

---

**Resumen:** Durante los siglos XVII, XVIII y a principios del siglo XIX, la Capitanía General de Venezuela establecía una sociedad en la que se estaban gestando una serie de transformaciones de orden cultural relacionadas a la concepción de la salud, las enfermedades, el cuerpo y a las medidas para su control, impuestas por el estamento dominante. Estas medidas sanitarias pueden sintetizarse en los siguientes hitos: estrategias de control frente a las epidemias, la aparición de estudios médicos en universidades, los debates sobre la pertinencia de las inhumaciones en las iglesias y los problemas de salud pública generados por este tipo de prácticas. Esta investigación realizada a través de la transcripción y análisis de fuentes de primera mano ubicadas en el Archivo del Concejo Municipal de Caracas y en el Archivo General de la Nación permitirá la reconstrucción del discurso que sentó las bases para la sanidad en Venezuela que aparece a principios del siglo XX.

**Palabras claves:** Epidemias, sanidad, historia sanitaria, medicina, control social.

---

# SANITARY MEASURES IN THE FACE OF EPIDEMICS AS STRATEGIES FOR SOCIAL AND CULTURAL CONTROL IN VENEZUELA DURING THE 17TH CENTURY, 18TH CENTURY AND AT THE BEGINNING OF THE 19TH

---

Recibido: 16/10/2020 - Aceptado: 30/12/2020

**Aimee Zambrano**

Universidad Central de Venezuela, Caracas,  
Venezuela

[aimeezambrano@gmail.com](mailto:aimeezambrano@gmail.com)

---

**Resumen:** During 17th century, 18th century and at the beginning of the 19th century, the General Captaincy of Venezuela established a society in which a series of cultural transformations were taking place, related to the conception of health, illness, the body and the measures for its control, mostly imposed by the dominant establishment. These health measures can be outlined in the following milestones: control strategies in the face of epidemics, the appearance of medical studies in universities, the debates on the suitability of inhumations in churches and the public health problems generated by this kind of practice. Carried out through the transcription and analysis of first hand sources located in the Archives of the Municipal Council of Caracas and in the General Archive of the Nation, this research will allow the reconstruction of the discourse that laid the foundations for health in Venezuela that appears at the beginning of the 20th century.

**Palabras claves:** Epidemics, health, health history, medicine, social control.

# INTRODUCCIÓN

Entre los siglos XVI y XVIII aparecieron en Occidente nuevos métodos para la vigilancia, la distribución en el espacio, la notación del cuerpo de las poblaciones y el desarrollo de sistemas y regímenes de control: cuadros, exámenes, sondeos, investigaciones, muestras y censos. Así la población pasó a ser cercada, sometida y dominada por las relaciones de poder. Al principio, los estudios sobre el cuerpo fueron realizados en el campo demográfico o de las patologías históricas; en el caso de Venezuela especialmente durante los años cincuenta y sesenta de la mano de historiadores como Ceferino Alegría y Ricardo Archila. Pero otras disciplinas también se interesaron en él convirtiéndolo en objeto del poder y del saber, como fue el caso de las ciencias médicas y sanitarias, como bien lo destaca Michel Foucault en sus libros *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión* (1998) en *El Nacimiento de la Clínica* (1966), o en el trabajo del sociólogo británico Bryan Turner (1984).

Esta producción de saberes estaba delimitada por las características ideológicas de los grupos que intentaban imponer su saber. Por ende, los diferentes discursos elaborados en torno a la ciencia médica no son únicamente generados por especialistas, sino también por grupos subalternos, quienes crean una construcción discursiva con relación a la medicina, visibilizando así su representación del mundo.

Y precisamente eso fue lo que ocurrió entre los sistemas de salud y enfermedad de los distintos grupos étnicos que participaron en el proceso de conquista y colonización de América, ya que la llegada de nuevas patologías provocó consecuencias nefastas a nivel sanitario en los territorios conquistados.

Es así como la presente investigación tiene como objetivo la reconstrucción del origen del nuevo discurso sanitario en Venezuela durante los siglos XVII, XVIII y parte del siglo XIX, y está estructurada en dos secciones: la primera que es un análisis teórico sobre la importancia de la concepción de salud, contaminación y sanidad como elementos resaltantes dentro de los sistemas de control social, permitiendo la aplicación de saberes por parte de un grupo dominante mediante la institucionalización. Y la segunda sección que se centra explícitamente en la Capitanía General de Venezuela durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del siglo XIX, mediante un recorrido etnográfico y analítico sobre las principales medidas sanitarias frente a las epidemias y el rol que jugaron instituciones como el Cabildo para establecer dispositivos de control en la población. Así se inicia el recorrido por el mundo de la sanidad colonial venezolana.

## SALUD, CONTAGIO Y SANIDAD

El colectivo siempre intenta intervenir en el comportamiento de unos seres humanos

con relación a los otros. Para lograr esta influencia, se sostiene de ciertos valores morales y de ciertas reglas sociales utilizando la creencia en el contagio peligroso que se presenta como un suceso “real”, siendo una interpretación de los hechos según cada cultura. Esa contaminación al ser examinada, revela la carga simbólica que arrastra el tipo de contacto calificado como peligroso dentro de la vida social: “creo que algunas contaminaciones se emplean como analogías para expresar una visión general del orden social” (Douglas, 1973, p. 16). Por ende, las ideas acerca de la separación, la purificación, la demarcación y el castigo de las transgresiones tienen la función principal de imponer un sistema a la experiencia cotidiana.

Así la enfermedad no es dependiente únicamente de la naturaleza, sino que también remite a lo social, no se separa de la falta con respecto a la ley que asegura el orden del mundo. La enfermedad manifiesta que el desorden es intrínseco al contagio. La persona enferma no es contagiosa exclusivamente en la percepción clínica, sino también en el sentido cultural, manifestando la obra del desorden, provocando la propagación de sus consecuencias: “La enfermedad aparece como un mal plural; es la metáfora del desorden expresada en el lenguaje del sufrimiento y la precariedad humanos” (Balandier, 1990, p. 181-182).

Y es durante estos períodos de contagio donde los seres humanos se encuentran desorientados, ya que no se conoce con certeza la naturaleza y el modo de transmisión de la enfermedad que se expande, que además no actúa sola sino que siempre está asociada a otras amenazas, simbolizándolas a todas, pero organizándose en torno a figuras variables que son modificadas con relación a las respuestas, por ende el mal pareciera estar y no estar, lo que explicaría las respuestas contradictorias; sea controlando represivamente, confinando o excluyendo, sea negando la realidad, borrando el riesgo e instando a la calma.

El hecho es que la epidemia hace aflorar los temores a la movilidad continua, a las mezclas, a los encuentros y a las contaminaciones. Eso implica una restricción de las relaciones, un confinamiento, un apoyo voluntario al retiro, generando un aislamiento del mal, una persecución de culpables, quienes son identificados, identificadas, excluidos y excluidas en sitios especializados siendo exterminados y exterminadas socialmente:

La epidemia lleva el contagio del desorden hasta en las cabezas; se convierte en vehículo de culpabilidad; es imaginariamente domesticada designando agentes exteriores y chivos emisarios en el interior. El proceso del que se sirven las sociedades, para fijar sus males y descargarse de ellos, no ha desaparecido de la memoria colectiva: la amenaza de la brujería, los sacrificios ofrecidos a las potencias del orden, si bien han sido rechazados, no han sido expulsados. La epidemia lleva al extremo las reacciones provocadas por el desorden social; por lo menos las hace posibles, permite su aprovechamiento (Balandier, 1990, p. 187).

Esa exclusión de las contaminadas y los contaminados legitima otras exclusiones, trasla-

dándose del ámbito biológico al social, implementándose una serie de medidas de prevención médica que se vuelven obligatorias y generales convirtiendo a la enfermedad en “un mal generalizado imputado a la sociedad, a la cultura, a las costumbres” (Balandier, 1990, p. 188).

En el caso de las disciplinas aplicadas sobre el cuerpo, estas permiten un control minucioso de todas sus operaciones garantizando la inmovilización constante de sus fuerzas, generando una relación de docilidad y utilidad, permitiendo la formación de una política constituida por un trabajo sobre el cuerpo, de sus elementos, gestos y comportamientos, desarticulándolo, explorándolo y recomponiéndolo:

Una “anatomía política”, que es igualmente una “mecánica del poder”, está naciendo; define como se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina (Foucault, 1998, p. 141).

Según las teorías de Michel Foucault (1998) todo poder produce saber, por lo que estas relaciones operarían sobre el cuerpo, cercándolo, dominándolo, sometiéndolo y marcándolo, exigiendo de él unos signos. Este cerco político va a unido a su utilización económica. Así el cuerpo se convierte en fuerza útil cuando pasa a ser un cuerpo productivo y un cuerpo sometido a la vez. De esta manera, se demostró la importancia de los procesos históricos y de los acontecimientos biológicos: “(...) la historia del cuerpo humano no es tanto la historia de sus representaciones como la narración de sus modos de construcción” (Feher, 1990, p. 11).

Así el cuerpo humano es visto como un medio y un objeto de trabajo, constituyendo dicha labor una práctica social, estableciendo las mismas diferencias entre el cuerpo de las poblaciones y el cuerpo de las y los individuos, siendo ese cuerpo individual regulado y organizado en interés de la población:

La regulación del cuerpo de las poblaciones ocurre en conformidad a las dos dimensiones de tiempo y espacio, esto es, la regulación de la reproducción entre generaciones y la regulación de las poblaciones en el espacio político/urbano. El cuerpo, yace en el centro de las luchas políticas; la identidad y la personalidad genéricas tienen que insertarse en la fisiología por conducto de la socialización a partir de roles e identidades específicos (Turner, 1984, p. 67).

De manera que la población se vuelve objetivo de las ciencias del cuerpo, debido en cierta forma a la influencia de la explosión demográfica del siglo XVIII, asociándose con nuevas regulaciones y prácticas coercitivas, creando un sistema general de disciplinas para su control espacial llamado “panoptismo” por Foucault (1998), el cual presupone un registro burocrático de las poblaciones.

De igual manera Foucault analiza en sus obras como el poder se expresa en el cuerpo bajo dos formas principales: una centrada en la corporalidad como máquina, en su educación, en su integración en sistemas de control eficaces y económicos, asegurándolo mediante procedimientos de poder característicos de las disciplinas anatomopolíticas. Y la segunda, formada algo más tarde en el cuerpo de la especie como soporte de los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud y la duración de la vida, con todas sus condiciones variables, los cuales son tratados mediante una serie de intervenciones y controles reguladores a través de una biopolítica de la población: “Luego de la anatomopolítica del cuerpo humano, introducida durante el s. XVIII, vemos aparecer, a finales de éste, algo que ya no es esa anatomopolítica sino lo que yo llamaría una biopolítica de la especie humana” (Foucault, 2000, p. 220).

Así, la presión de la población es el factor importante que perdura detrás de la expansión y el desarrollo de nuevos sistemas y regímenes de control. La imposición de las mujeres y los hombres en el espacio urbano precisa un nuevo orden institucional de prisiones, asilos, clínicas, fábricas y escuelas; volviendo a los cuerpos acumulados en serviciales y seguros. Este tema se conecta a las alusiones del espacio en el saber y la sociedad:

Justo en la medida en que el espacio del saber experimenta acumulaciones de nuevos discursos, el espacio social es rociado con los cuerpos y con las instituciones que son ideadas para controlarlos... El recurso a la moralidad y el despliegue de la iglesia ya no son suficientes para el control del deseo individual; se vuelve necesario circundar las poblaciones urbanas con nuevas instituciones de vigilancia e inspección” (Turner, 1984, p. 200).

En contraposición a la disciplina que rige al cuerpo, esta técnica de poder es aplicada a la vida de los hombres y las mujeres, adiestrando, vigilando, utilizando y castigando los cuerpos de esa multiplicidad, que son afectados por procesos propios de la vida: nacimiento, muerte, producción, enfermedad (Foucault, 2000). Por ende, esa observación de procedimientos más o menos espontáneos o concertados puestos en práctica entre la población, incidió en el boce-to de una estrategia en apoyo a la natalidad, al tratamiento del problema de la morbilidad (no únicamente en el plano epidémico) sino el endémico (forma, naturaleza, extensión, duración e intensidad de las enfermedades imperantes en una población). Todos esos fenómenos se tienen en cuenta y conducen a la introducción de una medicina que cumplirá una función crucial en la higiene pública con variados entes: “(...) organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población” (Foucault, 2000, p. 221).

Esta producción de ideas está marcada por dos trayectos paralelos signados por las condiciones particulares de producción del saber (dominante o subalterno). Por ende las “medici-

nas” no son siempre el producto de la conformación de grupos especializados sobre el saber médico, sino que los grupos subalternos también intentan producir “medicinas” que están estrechamente vinculadas con su representación cultural del mundo, por ejemplo el caso de las parteras o de los curanderos y curanderas populares. En estos contextos, especialmente en el caso de las sociedades estratificadas, la producción de ese saber médico especializado es controlado por el grupo social dominante, conformando un “cuerpo médico” de funcionarios y funcionarias al servicio del Estado, quienes custodian el empleo del saber oficial y el desarrollo de esos nuevos funcionarios y esas nuevas funcionarias.

De manera que gracias a la construcción realizada por los distintos estamentos, se puede deducir la diversidad existente en torno a las relaciones de poder inherentes y presentes en lo que fue la sanidad durante el siglo XVIII, permitiendo el análisis sobre cómo los grupos de poder elaboraron su discurso como forma de dominación.

## **LAS EPIDEMIAS Y LAS MEDIDAS SANITARIAS TOMADAS EN VENEZUELA DURANTE EL SIGLO XVIII E INICIOS DEL SIGLO XIX**

Las fundaciones de las ciudades y pueblos estuvieron reguladas por algunas estructuras de control que tenían como papel la organización de la vida colonial a la usanza de las instituciones empleadas en la Península española. Ese fue el caso del Cabildo, el cual se encargaba del control civil de las tierras colonizadas. Según las leyes, el Cabildo debía instalarse en cada ciudad, poblado o villa, incluyendo a los pueblos de indios, pero en la práctica no fue así, ya que estos se establecieron únicamente en las ciudades más importantes de estos territorios (Aizpurua, 1988).

Entre sus principales funciones destacaban la observación y administración de las ordenanzas reales, así como el diseño de ordenanzas locales para la instauración y preservación del orden, trayendo como consecuencia la creación de un cuerpo policial que adaptaba las estrategias de control ideológico e imponía en las y los individuos cierto tipo de discurso periódico y cotidiano, haciendo uso de dispositivos como las nombradas ordenanzas, que fueron instrumentos importantes para la planificación urbanística al cual se acoplarían teóricamente las nuevas ciudades americanas recién fundadas:

En cuanto a los médicos: examen, reconocimiento y registro de sus títulos; licencias para el ejercicio profesional; contratación de servicios; designación de personal de hospitales; multas, suspensión y otros medios de lucha contra el ejercicio ilegal, etc. Respecto a disposiciones sanitarias: aseo de calles y plazas; suministro de agua, sistema de alcantarillado y cloacas; vigilancia de carnes y carnicerías; cementerios; orde-

nanzas varias, y medidas múltiples de lucha antiepidémica” (Archila, 1973-1974, p. 669).

De igual manera, el cabildo regulaba los enterramientos durante la época colonial. La llegada y asentamiento de los colonizadores españoles implicó cambios en las prácticas funerarias que tradicionalmente eran realizadas, pasando las y los habitantes de las poblaciones a enterrar a sus difuntos y difuntas en las iglesias o conventos, instituciones religiosas que fueron impuestas por la Corona: “Era costumbre enterrar a los difuntos en el propio recinto de las iglesias o conventos, bien fuese en el piso mismo, cubiertos con una lápida o en bóvedas subterráneas” (Pérez, 1988, p. 766).

A veces los enterramientos eran realizados en terrenos ubicados al lado de los templos, siendo cementerios sagrados bendecidos por la Iglesia. En Caracas a mediados del siglo XVI, aparecen los primeros en el casco central de la ciudad, siendo construidos al lado de las iglesias de las parroquias San Mauricio, San Pablo, Catedral, Altagracia, Santa Rosalía y La Candelaria, tal como lo ordenaba las Constituciones Sinodales del Obispado de Caracas: “Algunos muertos se enterraban en el interior de los templos o se exhumaban en los cementerios y luego se colocaban en las iglesias parroquiales, filiales o capillas” (Cartay, 2002, p. 458). Las fechas de edificación de dichos cementerios son las siguientes:

San Mauricio.....1567

San Pablo.....1580

Catedral.....1637

Altagracia.....1656

Santa Rosalía.....1696

Candelaria.....1708

Fuente: (Landaeta, 1994)

Además de estos cementerios sagrados anexados a las iglesias, el historiador Landaeta (1994) destaca que en Caracas existieron otros que fueron fundados en las cercanías de los conventos: San Jacinto (1586), San Francisco (1595), Las Mercedes (1638), San Felipe (1771) y Capuchinos (1788). Dentro de estos conventos existían bóvedas para sepultar individuos, vendiendo los prelados “puestos” para enterrar a la gente adinerada, entrando así “en contacto” directo con la divinidad. En los conventos de monjas también se realizaban inhumaciones en cementerios anexos: Las Concepciones en 1636, Las Carmelitas en 1739 y Las Dominicas en 1817.

A finales del siglo XVIII todo cambió, ya que fueron emitidas varias ordenanzas en las que eran prohibidas las inhumaciones en las iglesias o en zonas aledañas a ellas en base a algunas investigaciones realizadas en Francia a mitad del siglo XVIII que concluyeron que las fosas ubicadas en las iglesias eran las responsables de las epidemias y de otras enfermedades relacionadas a “los aires” expelidos por los cadáveres en descomposición. Estos estudios provocaron un cambio en las normativas legales, instituyéndose la construcción de cementerios en las afueras de las ciudades con la idea de evitar cualquier brote de enfermedad (Ariès, 2000).

Otra de las causas que motivó el establecimiento de dichas medidas de protección a la salud pública fue el exceso de cadáveres inhumados en las iglesias. En la siguiente cita de un documento fechado en 1778, se deja constancia de los cambios que transcurrían en la Capitanía General, en este caso en Puerto Cabello:

No habiendo lugar en la iglesia del Castillo para dar sepultura â los cadaveres, estoy construyendo un cementerio con beneplacito del comandante de esta plaza en la parte de la Isla, q haze frente â la entrada del Puerto, pareciendomo ver el terreno mas adecuado, poco en q éscoger , y en ninguncaso se opone â el aumento de defensas de dhô castillo por este frente” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1778, T. XXVII, f. 167).

En 1787 el Gobernador y Capitán General de la Isla de Cuba y Ciudad de la Habana, alertaba sobre los considerables daños causados a la salud pública la costumbre de enterrar cadáveres en las iglesias, decidiendo así enviar cartas a Caracas y a Madrid para que se considere dicho asunto y para que las iglesias sufraguen los gastos para la construcción de cementerios en las afueras de los poblados. Esta preocupación sirvió de indicación también para el resto de las colonias españolas:

En carta de 3 de febrero de 1787, hizo presente el Governador y Capitan gen de la Isla de Cuba y Ciudadde Sn Cristoval dela Havana, los considerables daños, que causaba a la salud pública la costumbre de enterrarse los cadaberes en las Iglesias; proponiendo como medio urgentoisimo y conveniente a evitarlos, el establecimito “de uin cementerio fuera de poblado en donde se enterrasen todos sin excepción de personas“(AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1787, T. XXXV, f. 116).

Estas nuevas medidas en torno a los enterramientos de los cadáveres influyó en la vida cotidiana de los poblados, como ocurrió en el pueblo de La Guaira en el que durante octubre de 1788 (un año después de la carta enviada por el Gobernador y Capitán General de la Isla de Cuba y Ciudad de la Habana), el cura del pueblo se negó a darle sepultura a dos cadáveres ya corrompidos que llevaban cinco días expuestos en la puerta de la iglesia (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1788, T. XL, f. 122).

Pero a pesar de estas medidas, a comienzos del siglo XIX aún eran inhumadas en varias iglesias las personas que ya habían separado y pagado un “puesto” sin importar el tiempo de la prohibición de estos enterramientos. Estas excepciones, obedecían casi siempre a problemas de índole económico dentro de la parroquia:

Ha mucho tiempo que en Puerto Cavello no se sepulta cadaver alguno en su Iglesia Parroquial sobre qe actualmente me hà representado su Mayordomo suplicando se permita sepultar en ella a’ los que pidieren su sepultura en los tramos superiores de mayor limosna, à fin de subvenir à las necesidades que padece por la escasès de rentas en que ha’ quedado con aquel motivo: y aora envista del oficio del VS de 7n del corriente he deliberado suspender la providencia pedida, y doy al cura y Vicario de dho Puerto la Orden adjunta, afin deque si el actual cementerio no fuere apto, elijas otro sitio con acuerdo del Sr comandante, lo bendigas y haga cercas para sepultar en él los que fallecieren del contagio de Fiebre Amarilla, de que esta’ amenazado aquel territorio. 8 de julio de 1802” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1802, T. CXIV, f. 81).

Para 1801, ya había llegado a muchas comunidades la orden de no enterrar cadáveres en las iglesias de los poblados y en sus zonas aledañas, hecho que algunos funcionarios tomaron como una de las principales causas para la erradicación de las epidemias, “deviendose atribuir esta Sanidad a la separacion de entierros de los cadaberes en la Santa Iglecia, y estarse efectuando en el Campo Santo erigido en la Sabana”, pero, en un caso en particular, un funcionario envió una misiva al cabildo debido a la negativa del “Benerable nuevo Electo cura” de continuar los entierros “en aquel campo santo” y continuándolos “en el sementerio contiguo ala Iglecia en un corto terreno qe quedo”, terreno en el que se encontraban enterrados las y los que murieron de epidemias y que se había enlosado como forma de prevención según los médicos de la época, “para libertar la Ciudad de igual peste con la evaporacion qe podria causar el sol, y lluvias por no estar cubierto”, y que igualmente el cura continuaría enterrando a las muertas y a los muertos en la Iglesia, porque alegaba que esa prohibición era únicamente durante el tiempo de epidemia (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1801, T. IC, fs. 158-159).

Este funcionario declaraba que:

Si se abre algun sepulcro de los cadaberes empestados de los muchos qe al principio dela epidemia se enterraron en ella, y tambien por lo corrompido que está todo el terreno de ella como lo hize ver ã VS en mis representaciones en aquel tiempo y por ello me concidero obligado aparticiparlo à VS como tambien por el Informe que este Cabildo tiene hecho ã VS y al Señor I (...) en el que hace ver las razones (...) que obligan aque se entierren los cadaberes en el Camposanto erigido en la Sabana” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1801, T. IC, fs. 158-159).

Igualmente existían cementerios particulares de algunos hospitales, como por ejemplo el

de San Lázaro en la ciudad de Caracas. Este era un hospital especial en el cual alojaban a los enfermos y a las enfermas de lepra, quienes eran enterrados y enterradas en un cementerio construido en una zona totalmente alejada de la ciudad, debido a las consecuencias mortales que tenía dicha enfermedad para la población. Este cementerio, tuvo cuatro sitios de asiento:

1° Desde 1753 hasta 1781, en lo que hoy se llama “Escuela de Artes y Oficios”. 2° Desde 1781 hasta 1795 en lo que hoy se denomina antigua ruinas de San Lázaro. 3° Desde 1795 hasta 1875 otra vez en el citado lugar donde esta la “Escuela de Artes y Oficios”; y 4° Desde 1875 hasta hoy en el actual Lazareto nuevo que queda mas al Oriente del antiguo sitio de San Lázaro nuevo (Landaeta, 1994, p. 17).

Para 1802 comenzaron las exhumaciones de los restos enterrados en las iglesias y en los cementerios cercanos a ellas. Con relación al cementerio de Caracas, su construcción fue concluida en 1808, pero el proceso fue limitado debido a la escasez de personal, por lo que fueron utilizados entre cuarenta y cincuenta presidiarios para esta construcción, recibiendo cada uno por su trabajo un real y medio (Alegría, 1969):

... He practicado las vivas y activas diligencias solicitando peones pa q tenga efecto la breve conclusion del nuevo Sementerio, valiendome del maestro mayor y Alarife de alvañileria de esta Ciudad, y los pocos que se encuentran en la actualidad no quieren asistir al trabajo por el jornal de tres Rs en que esta calculada la obra y solamente por el de quatro Rs al dia, aocurri tambien alsör Comandante interino del Batallon Veterano solicitando los presos de us cuerpo pagandolos acada uno real y medio diarios y tres al sargento qe hase de sobreestante; estos estan ocupados en el edificio militar de su cuartel deSn Carlos= (...) me estrechan à la conclusion de la referida obra por la peste q amenaza el cementerio dela Parroquial de Sn Pablo, según lo representa el Sör Provisor y Vicario Grãl de este Arzobispado” (AGN, Sección Gobernación y Capitanía General, 1808, T. CXCII, f. 96).

Sin embargo, en las décadas que siguieron se mantuvo la costumbre de enterrar en iglesias, conventos y cementerios anexos, a pesar de que Simón Bolívar prohibió esa práctica en 1828:

... cuidarán: 1o, que se construya fuera del poblado el cementerio o cementerios precisos; 2o; que todos los cadáveres sean sepultados en los cementerios, y que ninguno sea sepultado en las iglesias, ni dentro de las poblaciones; 3o, que los cadáveres sean enterrados con decoro, en tiempo oportuno, con la profundidad y demás precauciones para evitar la infección” (Alegría, 1969, p. 32).

Otra de las múltiples actividades que tuvo que asumir el Cabildo fue el ámbito médico-sanitario, ya que no había un organismo que se dedicara a velar específicamente sobre este tema.

En primera instancia enfrentaron las emergencias epidémicas, para posteriormente intervenir con más fuerza pero de manera irregular en los problemas sanitarios de las comunidades.

Los registros disponibles sobre las enfermedades epidémicas que flagelaron a la población de Venezuela en la época de la conquista y al principio de la colonización, son insuficientes, discontinuos y muy vagos, por lo que la poca información manejada viene de las fuentes de los cronistas. Sin embargo se cree que la primera epidemia que azotó a las tierras venezolanas fue la viruela, pero no hay un registro exacto del primer brote, siendo posible que haya aparecido antes del año 1576. Pero en sí, la primera epidemia de viruela registrada corresponde al año 1580, la cual asoló a grupos enteros de indígenas según Oviedo y Baños (2004). Durante el siglo XVI, ocurrieron cuatro grandes epidemias de viruelas; en el siglo XVII, se contaron trece brotes epidémicos, siendo el más serio el del año 1623 en la costa de Morón, originado por un desembarco clandestino de esclavos, y que se extendió en los valles de Aragua, La Guaira y Caracas.

A principios del siglo XVIII en la década de los 30, se presentaron una serie de autos especificando la entrada de esclavos con viruela a la Provincia de Venezuela, como es el caso de este documento fechado en el año 1737: “autos sobre la Entradadelafragata LaIsavella delReal Asto con armasen de Negros q vñieroncon elContagio deViruelas” (AGN, Sección Diversos, T. XX, f. 13).

Asimismo se puede citar el auto proveído por el Gobernador y Capitán General de la Provincia de Venezuela fechado a 3 de septiembre de 1739, en el que se especifica como en los Valles de Aragua y Turmero fueron introducidos dos hombres enfermos de viruelas, los cuales desembarcaron de buques extranjeros, esperándose las providencias para enclaustrar en degredos a los referidos enfermos y a otras personas de las que se tuviese noticias de estar contagiadas. De igual manera, se informaba que se padecía una gran epidemia de viruelas en la ciudad de Nueva Barcelona, por lo que se prohibía el desembarco de barcos venidos de esta ciudad en las Costas de La Guaira y Barlovento para evitar el contagio de dicha enfermedad en estos puertos o en ciudades cercanas.

Dn Gavriel de Zuloaga Mariscal de campo Delos Reales Exersitos desu Magesta su Governador y Capitan General de estaProvinsia deBenezuela xa

En la ciudad de Caracas atres Dias del mes de septiembre demil setesientos treintay nueve años elSeñorDn Gabriel deZuloaga mariscal deCampo delos Reales exersitos en los Balles deAragua y turmero comoenesta ciudad sean Introducido y traído dos hombres con Biruelas que parece averseDesembarcadoenPuertos de estas Costas Distantes deenbarcaciones extranxeras como tambien según noticias sepadese esta epidemia u contaxio en la Ciudad dela nueva barcelona por cuias razones su señoria âDado prontas y eficases providencias asi enesta dha Ciudad como en los referidos balles para degredar a dhos Dos hombres y otras personas ã quienes en ellas ya abia pegado dha

epidemia ò Contaxio el hombre que asi con el se avia Introducido en dhos balles y tambien paraque enele Puerto dela Guaira yde mas dela CostadeBarlovento no seadmitan embarcaciones del Puerto dela dha ciudad delanuebaBercelona Justîcandose haver en ellala dha epidemia ò contaxio deBiruelas y paraprecaver elqueotras personas òcultamente no se Introduscan con el y que si alguna lotu biese mani fieste Devia demendar y mando sepubliq por Bando (...) militar” (AGN, Sección Diversos, T. XXI, f. 319).

Esta situación provocó la emisión de otros autos en torno a la epidemia de viruelas que se estaba desarrollando en Nueva Barcelona: “Autos qhos de ofisio dla Justisia sobre el Conttajo de Biruelas que se esta padezdo enlaCuidaddeBarsezona” (AGN, Sección Diversos, T XXI, f. 295).

Casi a la par de la viruela se introdujo el sarampión, otra enfermedad grave que apareció a mediados del siglo XVII. En 1612 se contagiaron varias poblaciones del Orinoco, en 1692 exterminó en pocos días al pueblo de Pozuelos, y en 1693 proveniente del Oriente llegó a Caracas antes que las epidemias de viruela y de fiebre amarilla que fueron críticas en el período comprendido entre 1694- 1696.

Otra enfermedad crítica que se manifestó a mediados del siglo XVII fueron las llamadas “calenturas”, nombre que sirvió para designar a las epidemias de fiebres. La primera epidemia de fiebre amarilla tuvo lugar en Caracas en los años 1694- 1696: la tasa de mortandad fue tan alta, que los cadáveres de los enfermos y enfermas debieron ser enterrados en los campos, por lo que se erigió una ermita a Santa Rosalía de Palermo, para que abogara en contra de esta enfermedad: “Era tan violento el mal, que los atacados no podían recibir el viático por la frecuencia de los vómitos y morían sin este auxilio espiritual” (Silva Alvarez, 1997, p. 228).

Durante los siglos XVII y XVIII apareció otra enfermedad: la tuberculosis (éticos), la cual también era tratada mediante una serie de medidas preventivas a fin de evitar su contagio, para ello se comenzó a aislar a los enfermos en cuartos especiales llamados “cuartos de éticos”, quemando sus muebles y ropas, e incluso, llegando al extremo de reformar totalmente los aposentos en los que hubieran fallecido: “En el Hospital de la Caridad, en Caracas, existía para 1796, “el cuarto de los éticos”. También existen referencias de que en el siglo XVIII hubo en el Convento de Franciscanos de Caracas, un salón especial destinado al aislamiento de religiosos que se “tuberculizaban” (Archila, 1956).

En el caso de la peste bubónica, la primera epidemia registrada en Venezuela ocurrió en la isla de Margarita en 1648. A Caracas llegó la peste en 1658 matando a un 25% de la población, un saldo aproximado de unas 10.000 defunciones. La desgracia fue tan grande en la ciudad, que el Cabildo Eclesiástico insinuó al Cabildo civil pedir permiso al Rey para traer 2.000 esclavos a la provincia, reponiendo así a la servidumbre muerta:

Benigna en el principio, a poco se hace grave la epidemia; comienzan las defunciones

y aumentan con tal rapidez que en cortos días las muertes se cuentan por centenares; toda actividad de la vida ordinaria queda en suspenso; los pocos que aún están en pie no bastan para atender a los enfermos; médicos no hay; los sacerdotes no alcanzan a prestar los auxilios de la religión; hasta las campanas, que no cesaban de doblar pidiendo por el alma de los que a cada instante morían, al fin callan también, faltas de quien las toque; la muerte ha llegado hasta ellas; los cementerios son insuficientes; hay que habilitar a tal propósito los solares vecinos a las iglesias; los cadáveres yacen insepultos” (Alegría, 1977, p. 25).

Pero es en el año 1565 que nace el primer hospital particular para enfermos y enfermas aquejados del mal de San Lázaro en Barquisimeto (Nueva Segovia), fundado por el clérigo Pedro del Castillo (Granier Doyeux, s/f). Algunos autores han registrado el primer caso de lepra en Venezuela en 1626, de la cual fue víctima el Gobernador de la Provincia Don Pedro Gutiérrez De Lugo. Pero otros expertos en la materia tales como Rafael Requena, sostienen que probablemente el primer caso de lepra apareció en Cumaná en 1730 en una familia oriunda de las Islas Canarias (Silva Alvarez, 1997).

Otros hospitales fueron creados en Venezuela como el Hospital Santa Ana en 1607 en Maracaibo, el de La Guaira (San Juan de Dios) en 1714, el de San Antonio de Padua en Valencia en 1775, el de San Felipe en 1776, el de Guanare en 1778, el de Puerto Cabello en 1779, el de Cumaná en 1789, el de Barinas en 1793. Al cerrar el siglo XVIII apenas se habían fundado 25 hospitales (Briceño-Iragorry, L. & González, M. 2017).

Pero además de los hospitales, el contagio de las epidemias provocó la adopción de medidas defensivas de índole sanitario y antiepidémicas, gestándose así el germen de la sanidad. Algunos autores como Archila (1956a), señalan que muchas de estas normas obedecían a “imperativos circunstanciales”, siendo pensadas al momento, pero que en el caso de muchas otras, se inspiraron en la policía sanitaria y en fundamentos teóricos. Por ser la viruela la primera epidemia en afectar a las tierras invadidas, fueron proclamadas una serie de medidas de emergencia dirigidas a controlar dicha enfermedad, como el examen de inmigrantes y cargamentos, las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales, los cordones sanitarios, las denuncias, la desinfección y las variolizaciones.

A partir del año 1611, el Cabildo y el Gobernador establecieron en el Puerto de La Guaira, inspecciones sanitarias a los barcos, ya que la principal entrada para las enfermedades eran los puertos. Desde 1671 dichas inspecciones eran hechas por médicos de Caracas contratados para tales fines, quienes debían dar sus impresiones del estado médico- sanitario de la tripulación y del cargamento ante un notario público. Cuando los buques estaban cargados de esclavos y esclavas, las inspecciones eran mucho más severas: “La inspección sanitaria era más severa con los buques negreros ingleses, muchas veces introducidos de una manera subrepticia desde las islas Trinidad y Margarita y que con relativa frecuencia venían contaminados de viruela, saram-

pión u otras enfermedades” (Archila, 1956a, p. 10).

De igual manera las cuarentenas eran a veces tan severas que impedían el contacto de los buques con tierra firme, implementándose además el aislamiento en cordones sanitarios, siendo éstos utilizados en un principio, pero por ser poco eficaces, se terminó acudiendo a los degredos o a hospitales especiales. En el caso de los degredos, estos eran más bien circunstancias:

(...) establecidos como medida defensiva de emergencia y con un criterio diferente del actual, pues por una parte, solo se trataba de simples ranchos, casas improvisadas o lugares a la intemperie y por la otra, el trato era inhumano, ya que lo importante era la protección de los habitantes de las ciudades y no la curación de los enfermos” (Archila, 1956a, p. 12).

Por ejemplo en 1692 y 1693, debido a una epidemia de viruela, se implementó un degredo en los valles de Aragua y un cordón sanitario entre Caracas y La Guaira.

Así apareció el examen, un instrumento que vincula al saber y al poder combinándose en él relaciones jerárquicas y de sanción, las cuales normalizan, califican, clasifican y castigan, estableciendo diferencias entre los seres humanos. Esto generó la formación de códigos basados en la individualidad disciplinaria, los cuales son transcritos, homogeneizando los rasgos individuales establecidos por el examen, como es el caso de los síntomas. Estos códigos eran rudimentarios al principio, pero marcaron una formalización inicial de lo individual en el interior de las relaciones de poder, relacionando la acumulación de los documentos y campos comparativos, clasificando, formando categorías, estableciendo medias y fijando normas.

Estos exámenes a los barcos, también fueron aplicados en los casos de las epidemias de “calenturas” o fiebre amarilla a fin de evitar su propagación en la ciudad:

Por orden de 20 de Noviembre proximo pasado se sirve VS proveniente que son uniformes las noticias de que en Nuevayork está en todas susfuerzas la Fiebre amarilla, y que habiendo llegado à Trinidad una Fragata Americana infestada de ella no se ledió Puerto, e intentaba pasar al dela Guayra; y enterado delos tres capitulos principales y demas que en dicha orden se prescriben relatibos a’ la Visita de Sanidad que debe hacerse á todos los barcos que lleguen á este Puerto de Nuebayork, los observaré inviolablemente sin alterar una (...) para darles enun todo su mas puntual y devido cumplimiento, ã cuio efecto, hè pasado oficio al Medico Cirujano de esta Plaza con incercion dela Cítada orden, para su inteligencia, y cumplimiento en la parte que letoca, lo que participo ãVs. (...) Puerto Cabello 3 de Diciembre de 1801” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1801 tomo CII Folio 290).

Pero en el caso de medidas como las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales y los cordones sanitarios, estas son prácticas rituales organizadas temporal y espacialmente que permiten al grupo social etiquetar y describir una situación de crisis, e incluso modificarla. Estos ritos o rituales, son los que han definido históricamente en la gran mayoría de las sociedades humanas, la frontera entre lo humano y lo inhumano. Según Turner (1984) estos se clasificarían como rituales de inclusión y exclusión. Los de inclusión englobarían la producción cultural sobre el cuerpo y su efecto en transformar al cuerpo natural en una entidad social con derechos y status. En el caso de los rituales de exclusión, el cuerpo pasaría a ser un vehículo para sus actuaciones.

Enfermedades como la tuberculosis y la lepra o mal de Lázaro, eran controladas mediante la aplicación de rituales de exclusión, los cuales se manifestaban como una partición rigurosa, una puesta a distancia, una regla de no contacto entre seres humanos enfermos y sanos o de un grupo de éstos y éstas. En estos casos la distribución de las y los individuos era mediante separaciones múltiples o distribuciones individuales, organizándose en profundidad las vigilancias y los controles, intensificando y ramificando el poder.

Pero a comienzos del siglo XVIII se sustituyó el modelo de exclusión por el de inclusión. Entre ambos modelos existen diferencias significativas, ya que en el caso del modelo de inclusión, el territorio es convertido en objeto de un análisis fino y detallado, atravesado por jerarquías, vigilancias, inspecciones y escrituras. Un buen ejemplo de esto son las cuarentenas que circunscriben y aíslan un territorio determinado, configurado como un territorio cerrado. Cuando las cuarentenas eran aplicadas en las ciudades, el territorio era organizado a través de un poder continuo que dividía a la ciudad en distritos, éstos en barrios, y luego en ellos se aislaban calles. En cada calle y barrio había vigilantes, y en la ciudad misma un gobernador nombrado a esos efectos, o bien los regidores que en el momento de la peste habían recibido un poder complementario, como se ilustra en este ejemplo:

Cumplire lo que Vs manda en 20,, de octubre ultimo p<sup>a</sup> que a toda Embarcacion que llegue de la Peninsula de España, se le haga una vigorosa vicita de Sanidad, imponiendo quarentena ã la qe viniese liciada en la Peste de aquella para evitar la propagacion del contagio dando cuenta de qualesquiera novedad para inteligencia deVS y sus disposiciones consequentes. Dios qûe ãVs ms as Coro y Novre 26,, de1804” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1804 tomo CL Folio 64).

Cuando comenzaba la cuarentena, los ciudadanos y las ciudadanas presentes debían dar su nombre que era inscrito en una serie de registros, algunos en manos de los vigilantes y otros en poder de la administración central de la ciudad. Estos vigilantes pasaban todos los días delante de cada casa y llamaban, asignándole a cada individuo una ventana en la que debía aparecer cuando era llamado o llamada por su nombre entendiéndose que si no lo hacía, era porque estaba en cama, y si estaba en cama era porque estaba enfermo o enferma, y por ende había

que intervenir. Así las y los habitantes eran clasificados. Los mecanismos de vigilancia en estos casos eran extremos, como bien lo reseña el siguiente extracto documental:

En el Pto RI de la Vela se presento un Buque de Dn Josê Basave prosedente de las Colonias de luecn con enfermos con cuyo motivo mande a Dn Pedro Bernes medico encargado deste Hospl Militar pasase asu reconosimt<sup>o</sup>. entre tanto pidieron varios auxilios que sele franquearon por aquel Comandte con las precauciones devidas manteniendose el Barco en Lazareto: echa la vicita resulto ser dela enfermedad contajosa de viruelas tan mortifera en esta jurisdiccio como la misma fiebre Amarilla. Como en esta Comandancia no se enqentra ninguna instituta acerca de sanidad se arreglaron las Piezas del Medico con parecer del Doctor Dn Diego de Castro por las corrientes de seis ps diarios que se dan en toda comision y teniendo presente ademas el dhô de algunos capitanes de Barcos españoles de que en Europa se pasan (...) por la vicita de Sanidad. El capitan del Buque quiso evadir la paga con varios pretextos y no contento con esto desovedecio las ordenes del Comandte de aquel Ptô hasta el termino de romper laquarentena en que se allava echando el Bote al Agua y viniendose a los otros Bracos dela Bahia, con cuyo motivo mando el Comandte disparar un cañonazo por devacion segun que todo aparece desu oficio orijinalque (...) en cuya vista espero qe VS se servira prevenir a quien pertenece, que en Pto Cavello sele haga entender a favor segun VS lo estime por convente. Caracas 23 de Sepe de 1801” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1801 tomo IC Folio 350).

Este tipo de organización es absolutamente opuesta a la aplicada a la lepra, ya que no se expulsa, sino que se fija, se asignan sitios, definiéndose presencias en una cuadrícula. Tampoco es una partición masiva entre dos tipos de población: la pura y la impura, por el contrario, se trata de una serie de diferencias finas y constantemente observadas entre personas enfermas y sanas, se trata de una observación cercana y meticulosa. No es un rito de purificación sino más bien un intento de maximizar la salud. Tampoco es un etiquetado definitivo de cierto sector de la población es más bien un examen regulado dentro del cual se mide sin descanso a cada individuo para saber si se ajusta a la pauta de salud que ha sido definida.

Michael Foucault (1998) llamó a este reemplazo del modelo de la lepra por el modelo de la peste “la invención de las tecnologías positivas del poder”. En el caso de los modelos de exclusión, la reacción es negativa, ocasionando rechazo y exclusión. El modelo de inclusión generaría una reacción más bien positiva, observando, formando y multiplicando los efectos del poder a partir de la acumulación de esta observación y de este saber. Pasamos de una tecnología de poder que expulsa, prohíbe, margina y reprime, a una que fabrica, observa y se mezcla a partir de sus propios efectos.

Otras de las estrategias introducidas durante el siglo XVIII para la erradicación y prevención de las epidemias fueron las denuncias obligatorias de enfermas y enfermos, y la varioliza-

ción en el caso de la viruela. La denuncia obligatoria implicaba una imputación provocando una posterior reclusión en degredos u hospitales especiales, medida que muchas veces era acompañada de acciones radicales como la destrucción de sus ropas y muebles bajo fuego:

Haviendose me presentado, Maria Coromoto Paiba, de calidad mestisa, arrecindada en estajurisdicon, manifestandome hallarse, grabemente enferma, y qe los vecinos inmediatos a su casa, huian de tratarla, por ser su Enfermedad contagiosa: advirtiendome Yo por su semblante, y señales que su mal, es lasarino, hice comparecer a Josef Manuel Albares su marido, y con arreglo a los superiores ordenes, le previene, se abilitase para que fuese a esa Capital conduciendo la citada su muger y haviendolo ejecutado lo oí rijo a V. S. con ella a fin de que sirviendose V. S. haserla reconocer con su profesor de Medicina, sale de del que conbenga. Dios que a V.S. ms as Trismº 16 demarzo de 1802” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CVII Folio 168).

Y en el caso de la variolización, esta es introducida en Venezuela a partir del año 1769, siendo utilizada especialmente durante las epidemias y en los momentos de amenaza. Su método radicaba en la inoculación de pus de viruela humana a una persona sana, intentando provocar la aparición de anticuerpos hacia dicha enfermedad. El procedimiento no era muy complicado, ya que la lanceta era usada inoculando incluso, padres y madres a sus hijos e hijas, sin la presencia de un médico. Gracias a esta práctica, las epidemias de viruela lograron controlarse en un mayor grado. Algunos autores como Archila (1950) señalan como exitosa la variolización en Caracas, y consideran dominada la epidemia para 1775.

Pero ese mismo año es propuesta la creación del Protomedicato en Caracas, como una medida para controlar el ejercicio de la medicina en la ciudad evitándose así la incursión de individuos “no capacitados” en las lides médicas, como era el caso de las curanderas y los curanderos, los barberos, los cirujanos, los boticarios y las parteras, quienes en su gran mayoría no tenían una formación académica. Para el 14 de mayo de 1777, es firmada la Real Cédula que dio la potestad para la creación del Protomedicato. En ese mismo año se constituyó una junta examinadora de los curanderos y las curanderas que aún aplicaban sus conocimientos, pero fue en el año 1778 cuando realmente comenzó a funcionar. Y a pesar de su conformación y puesta en práctica, el Protomedicato no cambió mucho el panorama anterior ya que estos y estas practicantes de saberes “subalternos” seguían ejerciendo su oficio entre la población.

En este caso en particular, la producción del saber médico especializado intentó ser controlado por el grupo social dominante, quien conformó un “cuerpo médico” de funcionarios. Estos saberes sometidos fueron descalificados como saberes no conceptuales, cayendo bajo la autonomía de los saberes dominantes o pasando a formar parte de éstos. Así una instancia teórica unitaria pretendió filtrarlos, jerarquizarlos y ordenarlos en nombre de un conocimiento verdadero, en nombre de los derechos de una ciencia que solo algunos poseerían. Como ejemplo un caso fechado en el año 1802:

He recibido y pasado al Sor Acesor el oficio de Vmd de ayer con el expediente original que acompaña relativo al Decreto por su vista por el Protomedicato de esta ciudad contra Don Franco Egurquiaguire, (...) profesor de medicina sin título en la de Cumaná, para que con presencia de los demás representantes, dicte providencias que se la comunicaré a vmd prontamente. Dios que avmd ms. años. Caracas 9 de Febrero 1802” (Archivo General de la Nación; Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CV Folio 326).

Pero además a finales del siglo XVIII se crean nuevos saberes enfocados en el control del cuerpo de la población dentro de la ciudad, lo que impulsó el diseño de instituciones de vigilancia e inspección ideadas para controlarlos. En el caso de Caracas el Cabildo fue la institución que ocupó este rol, regulando las relaciones entre las y los habitantes y la ciudad, ordenando, exigiendo y sancionando a quienes no cumplieran con los preceptos emitidos para el mantenimiento de los espacios públicos. Estas imposiciones respondían a un discurso “civilizador”, que intentaba subordinar a las poblaciones de los nuevos territorios a través de un proceso de racionalización y burocratización, mediante la transmisión de medidas impuestas por los grupos dominantes, como era el caso de los Bandos de Buen Gobierno emitidos por el Cabildo en los siglos XVII, XVIII y XIX, regulando diversos aspectos de la vida pública de la ciudad.

## CONSIDERACIONES FINALES

En Europa durante el siglo XVIII muchos de los discursos sobre la salud y la enfermedad sufrieron transformaciones dramáticas, especialmente en torno a las construcciones culturales realizadas por los diferentes grupos sociales sobre la muerte, la higiene pública y la producción de enfermedades, discursos que fueron trasladados a países como Venezuela durante el proceso de conquista y colonización. Esto incidió directamente en la búsqueda de nuevas estrategias para controlar el alcance de las enfermedades dentro de la población, reorganizándose institucionalmente a los hospitales, los asilos, las cárceles, las fábricas, las escuelas y otros espacios urbanos. Estas representaciones culturales están vinculadas a la implantación de un modelo político y social, que tiene como finalidad ubicar a la vida social y económica al servicio del poder estatal.

La creación de estas nuevas instituciones provocó la producción de estrategias novedosas que introdujeron una medicina diferente, vinculada a la higiene pública y a otros organismos, alentando a la natalidad, previniendo la morbilidad en el plano epidémico y endémico, tomando en cuenta la forma, naturaleza, extensión, duración e intensidad de las enfermedades dominantes dentro de la población, realizando análisis estadísticos, mediciones globales, buscando prevenir la aparición de enfermedades.

Así nació un nuevo discurso sanitario encargado de controlar las anomalías que rompían con las categorías sobre salud, contaminación y suciedad, configurándose de esta manera nue-

vas disciplinas como la medicina social, higiene pública, salud pública, sanidad o salubridad y salud comunitaria, formando especialistas en esos nuevos saberes como protectores contra las epidemias.

Entre las principales medidas tomadas al servicio del poder estatal para la prevención de las epidemias, destacan el examen a los buques (visitas de sanidad), las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales, los cordones sanitarios, las denuncias, la desinfección y variolizaciones.

En el caso de las visitas de sanidad, estas eran un instrumento de vínculo entre el saber y el poder, que combinaban relaciones jerárquicas y de sanción, normalizando, calificando, clasificando y castigando, estableciendo diferencias entre las y los individuos, conformando así una serie de códigos que basados en la individualidad disciplinaria, eran transcritos, homogeneizando los rasgos individuales establecidos por el examen.

De esta manera, estos nuevos procedimientos de la escritura presentes en el examen, integraron los datos individuales en unos sistemas acumulativos, de manera que a partir del registro general, se ubicara a cualquiera. Gracias a este aparato de escritura, el examen abrió dos posibilidades: la constitución del individuo como objeto descriptible, analizable, manteniéndolo bajo la mirada de un saber permanente, y la constitución de un sistema comparativo para la evaluación de fenómenos globales, la descripción de grupos, la caracterización de hechos colectivos, la estimación de las desviaciones y su distribución en una población.

Así se entiende que medidas sanitarias como las cuarentenas, los aislamientos en degredos u hospitales y los cordones sanitarios, son prácticas sociales organizadas temporal y espacialmente, las cuales permitían al grupo social dominante, etiquetar y describir una situación de crisis e incluso modificarla.

Pero al analizar el caso venezolano, es interesante destacar que para el tratamiento de las epidemias coexistieron al mismo tiempo tanto el modelo de exclusión como el de inclusión, sin que uno sustituyera al otro como bien se pudo observar en los ejemplos citados para el tratamiento de las calenturas, las viruelas, el mal de Lázaro y otras patologías.

Igualmente es importante destacar los mecanismos para la transmisión y circulación diferenciada de saberes médicos en la Venezuela colonial a partir de instituciones como la Universidad y el Protomedicato. Estas instituciones produjeron varios tipos de controles institucionalizados y profesionalizados, con cuerpos policiales cuya función era la de observar cotidianamente las conductas de las y los habitantes de la ciudad, como era el caso de los Alcaldes, los alarifes, los protomédicos, los médicos y cirujanos que tomaban decisiones en torno a la vida cotidiana; lo que implicó además el sometimiento y descalificación de los saberes tradicionales reprimidos por imposición de los saberes dominantes o pasando a formar parte de

éstos. Así, una instancia teórica unitaria, pretendió filtrar, jerarquizar y ordenar en nombre de un conocimiento “verdadero”, una ciencia que solo algunos poseerían.

Pero además, aparecieron otras instancias para garantizar este control, y así la corona española exportó desde la Península e impuso a las colonias americanas algunas “disciplinas” como la ciencia de la policía. Las “disciplinas” son técnicas que permiten garantizar la ordenación de las multiplicidades humanas, sin identificarse con una institución o con un aparato, constituyéndose como una modalidad para ejercer el poder compuesto, por un conjunto de instrumentos, técnicas, procedimientos, niveles de aplicación y metas. En consecuencia, la “disciplina” debe fijar, inmovilizar o regular los movimientos de las y los individuos, teniendo como obligación el control de todas las fuerzas que se forman a partir de su constitución.

De igual manera es importante desconstruir el rol que cumplían los aparatos institucionales de control, en este caso del Cabildo dentro del dominio ciudadano urbano, imponiendo una serie de saberes y prescripciones en torno al cuerpo de la ciudad y al cuerpo de la población por parte de los grupos dominantes, lo que permite determinar la importancia del ámbito médico-sanitario como organizador del equilibrio espacial urbano de la ciudad y de la distinción entre personas sanas y enfermas.

De esta manera, el Cabildo formó parte del diseño de un modelo cultural instaurado por el poder hegemónico de la corona española, ejerciendo así un control aún mayor en las tierras colonizadas, instituyendo patrones predefinidos y catalogando cualquier desviación a éstos, como una transgresión, pasando así a etiquetar y a crear nuevas clasificaciones.

Estas prácticas sanitarias de la vida cotidiana permiten homogeneizar los patrones de conducta, siendo reforzadas a través de rituales que fortalecían y reconstituían, aún más, al poder existente, lo cual era reflejado en el ámbito salud, ya que cada cultura genera una confluencia de ideas, de medidas preventivas y de conocimientos curativos, con la finalidad de solventar los males originados por las enfermedades. Podría pensarse que estas medidas sanitarias instituidas en las ciudades, articuladas con los discursos que circulaban sobre la contaminación a la higiene, tenían como tarea la prevención de las enfermedades, pero en realidad su principal función era impedir el desorden.

Estos hechos permiten analizar cómo la cultura mediatiza las experiencias cotidianas, transmitiendo las categorías básicas que organizan las representaciones y los valores, aplicando una autoridad que induce a cada uno de las y los individuos sociales a realizar sus acciones. Pero cualquier sistema que clasifique al mundo, presenta también anomalías que deben ser enfrentadas por desorganizar dicho orden establecido. La manera en que las sociedades controlan esas anomalías que alteran las categorías ya impuestas de enfermedad, salud, contaminación y suciedad, es mediante el discurso de la sanidad.

## REFERENCIAS

- Aizpurua, R. (1988). Municipios. Siglos XVI-XVIII. En M. Pérez (dir.), *Diccionario de Historia de Venezuela*, II: 1031-1036. Caracas: Fundación Polar.
- Alegría, C. (1964). *Hospitales. El más antiguo de los actuales hospitales en Venezuela*. Caracas: Sociedad Venezolana de Salud Pública.
- Alegría, C. (1969). *Simón Bolívar y la Medicina*. Caracas: s. n.
- Alegría, C. (1977). *Peste Bubónica: historia de la medicina*. Caracas: s. n.
- Amodio, E. (1990). Médicos y Curanderos en Caracas a finales del siglo XVIII. Ponencia presentada en el *Simposio Internacional La Ilustración en Hispanoamérica y en España: Convergencias y Divergencias*. Caracas.
- Amodio, E. (1997). Curanderos y médicos ilustrados. La creación del Protomedicato en Venezuela a finales del siglo XVIII. *Asclepio*, XLIX (1): 95-130, Madrid.
- Amodio, E. (2002). *Las Calenturas Criollas. Médicos y curanderos en Cumaná (Venezuela) durante el siglo XVIII*. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/procesoshistoricos/article/download/9988/9916>
- Archila, R. (1956a). *Historia de la sanidad en Venezuela*. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Archila, R. (1973-1974). La Medicina y la higiene en la Ciudad. *Separata de Revista de Indias*; nums. 131- 138, Madrid.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1778, T. XXVII, f. 167.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1787, T. XXXV, f. 116.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1788, T. XL, f. 122.
- Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1802, T. CXIV, f. 81.

Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1801, T. IC, fs. 158-159.

Archivo General de la Nación, Sección Gobernación y Capitanía General, 1808, T. CXCII, f. 96.

Archivo General de la Nación, Sección Diversos, T. XX, f. 13.

Archivo General de la Nación, Sección Diversos, T. XXI, f. 319.

Archivo General de la Nación, Sección Diversos, T XXI, f. 295.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1801 tomo CII Folio 290.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1804 tomo CL Folio 64.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1801 tomo IC Folio 350.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CVII Folio 168.

Archivo General de la Nación, Gobernación y Capitanía General 1802 tomo CV Folio 326.

Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente: Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: El Acantilado (Traducción de F. Carbajo y R. Perrin).

Balandier, G. (1990). *El Desorden: La teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento*. España: Gedisa.

Briceño-Iragorry, L. & González, M. (2017). *La salud pública en Venezuela, su evolución histórica, estado actual y propuestas*. Academia Nacional de Medicina: Caracas, Venezuela.

Cartay, R. (2002). La muerte. *FERMENTUM*, 447-470.

Díaz, L. (1989). *El Derecho en América en el Período Hispánico*. Panamá: Universidad Santa María La Antigua.

Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Feher, M. (1990). *Fragmentos para la historia del cuerpo*. España: Editorial Taurus.

Foucault, M. (1966). *El Nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1998). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores, primera edición 1975.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Granier Doyeux, M. (s/f). La casona de San Lázaro. *Revista de la Sociedad venezolana de historia de la medicina*, I (2).

Landaeta Rosales, M. (1994). *Los cementerios de Caracas*. Caracas: Fundarte.

Oviedo y Baños, J. (2004). *Historia de la Conquista y Población de la Provincia de Venezuela*. Venezuela: Editorial Biblioteca Ayacucho. (Trabajo original publicado ca. 1723).

Pérez, M. (dir.) (1988). *Diccionario de Historia de Venezuela*. Caracas: Fundación Polar.

Silva Alvarez, A. (1997). Las Epidemias. En M. Pérez (dir.), *Diccionario de Historia de Venezuela*, I: 864-865. Caracas: Fundación Polar.

Turner, B. (1984). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México: Fondo de cultura económica.

Zambrano, A. (2007). *La ciudad enferma: preocupación y medidas sanitarias del Cabildo caraqueño durante la segunda mitad del siglo XVII* (tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas.

---

## ARTÍCULO DEL DOSSIER

# CIENCIAS SOCIALES Y PANDEMIA: UNA APUESTA POR TRANSDISCIPLINARIEDAD DECOLONIAL PARA SUPERAR BINARISMOS

---

Recibido: 15/10/2020 - Aceptado: 08/01/2021

### Catalina Rodas Quintero

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[catarodasq@gmail.com](mailto:catarodasq@gmail.com)

### Laura Juliana Cortés Buitrago

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[ljcortesb@unal.edu.co](mailto:ljcortesb@unal.edu.co)

### Lina Gabriela Cortés Osma

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[gabs9321@gmail.com](mailto:gabs9321@gmail.com)

### Daniela Rodríguez Rojas

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[rodriguezrojas.daniela@gmail.com](mailto:rodriguezrojas.daniela@gmail.com)

---

**Resumen:** En este artículo reflexionamos sobre jerarquías heredadas de la modernidad/colonialidad, como ejes que nos permiten argumentar en favor de la transdisciplinariedad en las ciencias sociales. Este enfoque supera miradas dicotómicas y logra lecturas holísticas de nuestra realidad, con el propósito de enfrentar los retos que nos impone la pandemia. A partir de una perspectiva latinoamericanista, feminista y decolonial estudiamos lo sucedido durante los primeros meses tras la llegada a la región de la COVID-19. En primer lugar, abordamos la jerarquización entre lo productivo y lo reproductivo, que ha sido determinante en el transcurso de la pandemia. Luego, observamos la separación entre lo humano y la naturaleza que ha devenido en la configuración de una serie de causas socioambientales de la pandemia, que solo pueden ser explicadas de manera transdisciplinar. Después cuestionamos la jerarquía constitutiva del sistema científico actual que da primacía a la razón moderna/colonial sobre otros saberes. Además, analizamos la situación política de la región, a partir de la falsa dicotomía entre salvar la vida o rescatar la economía. Finalmente, presentamos algunas conclusiones preliminares de este diálogo de saberes.

**Palabras claves:** Pandemia, ciencias sociales, transdisciplinariedad, modernidad/colonialidad, Latinoamérica.

---

# SOCIAL SCIENCES AND PANDEMIC: A COMMITMENT TO DECOLONIAL TRANSDISCIPLINARITY FOR OVERCOMING BINARISMS

---

Recibido: 15/10/2020 - Aceptado: 08/01/2021

## Catalina Rodas Quintero

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[catarodasq@gmail.com](mailto:catarodasq@gmail.com)

## Laura Juliana Cortés Buitrago

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[ljcortesb@unal.edu.co](mailto:ljcortesb@unal.edu.co)

## Lina Gabriela Cortés Osma

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[gabs9321@gmail.com](mailto:gabs9321@gmail.com)

## Daniela Rodríguez Rojas

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
[rodriguezrojas.daniela@gmail.com](mailto:rodriguezrojas.daniela@gmail.com)

---

**Resumen:** In this article, we reflect on inherited hierarchies from modernity/coloniality, as conceptual axes allowing to argue in favor of the transdisciplinarity in social sciences. This approach overcomes dichotomous perspectives and achieves more holistic readings of our reality, aiming at facing societal challenges brought by the pandemic. Drawing on a latinoamericanist, feminist and decolonial perspective, we study what happened during the first months after the COVID-19 pandemic hit the Latin American region. First, we address the hierarchy between the productive and the reproductive, that has been decisive in the course of the pandemic. Then, we will analyze the detachment between humans and nature resulting from a complex setting of socio-environmental causes of the pandemic, which can only be explained by a transdisciplinary approach. Thus, we question the constitutive hierarchy of the current scientific system that gives primacy to modern/colonial reasoning over other knowledges. Furthermore, we examine the political situation in the region, based on the false dichotomy between safeguarding life or rescuing the economy. Finally, we present some preliminary conclusions.

**Palabras claves:** Pandemic, social sciences, transdisciplinarity, modernity/coloniality, Latin America.

“Estás muteada”, “se te congeló la imagen”, “se escucha muy entrecortado”, se convirtieron en las frases más repetidas en medio de la pandemia. Mantenemos los ojos firmes en la pantalla, hacemos de cuenta que estamos en un espacio silencioso y tranquilo, mientras a nuestro alrededor la vida de la casa sigue sucediendo. Se abren y se cierran puertas, lxs niñxs lloran, pasa alguien con el almuerzo caliente, se escucha el grito del afilador de cuchillos en la calle. Las espaldas ya están cansadas de tantas horas sentadxs en la misma posición. No hay cuerpos. No hay miradas. No hay abrazos. Solo imágenes digitales.

Pero claro, esto no ocurre con todas las personas, pues hay quienes ni siquiera tienen un computador o un celular para mirar a la pantalla o no tienen cómo conectarse a una red wifi. Los privilegios de clase permiten a unxs seguir estudiando y trabajando desde la comodidad de sus hogares, mientras otrxs perdieron sus trabajos o deben salir a la calle, bien sea porque debido a la precarización laboral o a los altos niveles de desempleo en América Latina se ganan solo el sustento para el día a día o porque sin sus labores no es posible la supervivencia de la sociedad. Y son estxs lxs peor pagadxs, que por estos días han sido denominadxs trabajadorxs esenciales.

Además, durante la pandemia y el confinamiento el discurso científico se ha convertido en el soporte de las decisiones políticas de los gobiernos nacionales. Nuestras acciones y decisiones han pasado a ser conducidas por uno de los mecanismos más efectivos de control social jamás utilizado: los virus. Como resultado de las decisiones políticas y de los discursos científicos se han evidenciado estos binarismos que tejen las estructuras sociales y los imaginarios narrativos: cuerpo vs. mente, emoción vs. razón, espacio privado vs. espacio público, entre otros.

Son justo estos binarismos heredados de la modernidad/colonialidad los ejes desde los cuales nos proponemos reflexionar, con el objetivo de argumentar en favor de la transdisciplinariedad en las ciencias sociales. Ello para superar las miradas dicotómicas y lograr lecturas holísticas, con el fin de enfrentar los retos que nos impone la pandemia. A partir de una perspectiva latinoamericanista, feminista y decolonial, analizamos lo sucedido durante los primeros meses tras la llegada del virus, en los que, en algunos países de la región, se decretaron diferentes medidas de aislamiento social. Asimismo, este artículo es una apuesta por superar nuestros nichos, pues las autoras provenimos de cuatro disciplinas distintas: ciencias políticas, sociología, estudios literarios y comunicación social-periodismo, y escribimos desde dos países de América Latina: Argentina y Colombia. Por estas múltiples razones, este texto ha sido tejido como un diálogo de saberes y experiencias colectivas.

En un primer momento abordaremos la jerarquización entre lo productivo y lo reproductivo que abarca otras oposiciones determinantes en el transcurso de la pandemia, tales como lo masculino y lo femenino, la razón y la emoción, lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público. En el segundo apartado, analizaremos la separación que se ha impuesto entre lo humano y la naturaleza que, desde una mirada patriarcal y capitalista, ha ubicado al hombre blanco en la

cúspide de la pirámide social y le ha otorgado la potestad para apropiarse de las tierras, los “recursos” y los cuerpos que considere necesarios para el “desarrollo”. Situación que ha devenido en la configuración de una serie de causas socioambientales de la pandemia, que solo pueden ser explicadas de manera transdisciplinar.

En tercer lugar, cuestionamos la jerarquía constitutiva del sistema científico que da primacía a la razón moderna/colonial sobre otros saberes y que deriva en instituciones que monopolizan la voz y las formas de actuar frente a la pandemia. Luego, describiremos la falsa dicotomía a partir de la cual se han orientado las decisiones de los Estados latinoamericanos: salvaguardar la salud de la gente o rescatar la economía y enunciaremos los principales debates que lxs científicas sociales latinoamericanxs deberían atender desde una mirada transdisciplinar. Por último, presentamos algunas conclusiones preliminares de este diálogo.

## 1. LA JERARQUÍA “PRODUCTIVO/REPRODUCTIVO” EN CUESTIÓN

La desigualdad que produce el capitalismo hace que la pandemia afecte de maneras distintas a lxs habitantes de un mismo territorio, pues jerarquiza los cuerpos de tal forma que solo las clases altas y medias altas se permitan el distanciamiento social. Andan en sus propios autos, se van a sus fincas fuera de la ciudad y tienen las mejores atenciones médicas gracias a la medicina prepagada a la que pueden acceder. Mientras las clases subalternas usan el transporte público para ir a trabajar, asisten a centros médicos públicos desfinanciados y regresan a sus casas muy juntas, unas sobre otras o que comparten entre varias familias. “Lávate las manos”, repiten los medios de comunicación, lxs presidentxs, las vallas, pero, y si ni siquiera hay servicios públicos, ¿cómo conseguir el agua?

“El virus es igualitario –se prende a todo cuerpo–, pero sus efectos se cumplen diferencialmente en un orden de desigualdades” (López, 2020, p. 75), lo que deja en evidencia que la raza, la clase y el género se imbrican para reproducir la violencia de este sistema y, durante la pandemia, atraviesa unos cuerpos más profundamente que otros. A quienes se encuentran en el fondo de la pirámide social, lxs históricamente excluidxs, “los sistemas de salud las, les y los han clasificado bajo una lógica darwiniana como parte de quienes no tienen utilidad y por eso deben morir” (Galindo, 2020, p. 121). Afirmación que puede ser sustentada por el concepto foucaultiano de biopoder, en el que el autor se pregunta qué es el racismo, a lo que responde: “El medio de introducir por fin un corte en el ámbito de la vida que el poder tomó a su cargo: el corte entre lo que debe vivir y lo que debe morir” (Foucault, 2001, p. 230). Es así como hay unos cuerpos que importan menos que otros, unos que se pueden sacrificar y exponer al virus cotidianamente: lxs encargadxs de los domicilios, en su mayoría migrantes, que andan en sus bicicletas y motos para llevar la comida y los pedidos a quienes siguen recibiendo sus salarios

desde casa; las empleadas domésticas<sup>1</sup>; lxs porterxs...

Asimismo, los controles estatales se aplican con distintas estrategias, dependiendo del barrio. En Colombia, al inicio de la cuarentena, en los barrios ricos la Policía daba conciertos o clases de aeróbicos para que lxs vecinxs salieran a los balcones a divertirse o ejercitarse; en los barrios empobrecidos, por el contrario, hubo represión, militarización, uso desmedido de la fuerza y violación de derechos humanos. Por ejemplo, en el barrio Sinaí, ubicado en un sector periférico de Medellín, los militares<sup>2</sup> encerraron a lxs habitantes con vallas e impidieron su circulación más allá del perímetro señalado, hasta con helicópteros custodiaron la zona, con el argumento de que el barrio se estaba convirtiendo en foco de infecciones. La gente solo pedía alimentos para sus familias<sup>3</sup>. Estas situaciones no corresponden a casos aislados, sino que se repiten en varios países de nuestra región.

En algunos territorios ni siquiera fue necesaria la presencia de la Fuerza Pública para ejercer el control sobre los cuerpos y el cumplimiento de las medidas establecidas por los gobiernos, puesto que lxs civiles mismxs se encargaron del disciplinamiento de lxs otrxs, con gritos, insultos y amenazas. Lo anterior permite ver de qué manera, en medio de la cuarentena estricta, los lazos de solidaridad se rompen y los discursos que priman son los de la vigilancia y la individualidad, es así como “la asociación entre discurso bélico y la figura del «ciudadano policía», erigido en atento vigía, dispuesto a denunciar a su vecino al menor desliz en la cuarentena” (Svampa, 2020, p. 26), disuelve la idea de comunidad porque cada persona se encarga de su propia supervivencia. Hace que lxs otrxs, quienes no puedan quedarse en sus casas, sean señaladxs como lxs enemigxs, lxs peligrosxs y responsables de los contagios.

Además, cada casa, balcón o terraza se hace un panóptico desde el cual seguir los movimientos de lxs demás, lo que produce una sensación de vigilancia y de control permanente y, por tanto, miedo a circular, así se estén tomando las precauciones necesarias. Se trastoca así el binarismo entre lo público y lo privado; la movilidad y la cotidianidad pasan a ser objeto de control, ya no solo estatal sino de la colectividad. En últimas, el discurso del cuidado individual encubre prácticas autoritarias de control basadas en lógicas según las cuales los otros cuerpos son la amenaza.

En contraste, el cuidado colectivo toma un protagonismo sin precedentes, más que nunca se hace evidente la importancia de quienes nos sanan, nos cuidan y nos alimentan. Se torna indispensable para la comprensión de los hechos la problematización que los feminismos han

1 Hablamos de empleadas domésticas en femenino pues es una tarea que ha sido generizada con la división sexual del trabajo en la que los cuidados de los hogares y lxs niñxs queda a cargo de las mujeres. En el caso de este oficio, cabe aclarar que además de generizado está racializado, pues existe una gran cantidad de mujeres afrodescendientes, indígenas y migrantes que realizan estos trabajos para las familias blancas de clase media y alta.

2 Hablamos de militares en masculino porque es una tarea que ha sido generizada. En las fotografías publicadas por los medios de comunicación, se observan solo militares varones que custodian el barrio Sinaí.

3 Para ampliar este caso se recomienda leer la nota El encierro del Sinaí, publicada en el periódico Universocentro: <https://quarentena.universocentro.com/letras/el-encierro-de-sinai/>

planteado sobre las tareas del cuidado y la poca relevancia que se les han atribuido en el modelo capitalista patriarcal, pero que la pandemia pone en el centro de la escena porque se evidencia su papel para el sostenimiento de la vida y el funcionamiento social. “Tan importante es el cuidado que no sólo debemos pensarlo como derecho sino también como responsabilidad. El problema de mercantilizarlo es que están quienes pueden pagarlo y quienes no, como todo en este capitalismo” (Botto, 2020, p. 204).

De esta forma, se comprueba lo vitales que son los cuidados de lxs niñxs en las casas, de lxs adultxs mayores, de la población en riesgo, de los hogares, además de los cuidados alimentarios y de salud, labores que se habían pasado por alto en las prioridades del capitalismo, patriarcal *per se* y que no son remuneradas. Es así como a las tareas del cuidado y de reproducción de la vida se les ha feminizado y restado valor por cuanto discursivamente se les ha asociado con la “naturaleza” o la “esencia” de las mujeres, que deben hacerlas por el amor a su familia, sin reconocer que es un momento clave en la producción y que hace parte de la división sexual del trabajo, que expone Silvia Federici:

Porque tan pronto como levantamos la mirada de los calcetines que remendamos y de las comidas que preparamos, observamos que, aunque no se traduce en un salario para nosotras, producimos ni más ni menos que el producto más precioso que puede aparecer en el mercado capitalista: la fuerza de trabajo (Federici, 2018, p. 30).

Con lo anterior, se hace manifiesta la necesidad de integrar lo reproductivo en los análisis de las ciencias sociales en tanto ha sido relegado y separado de lo productivo. Las economías feministas tejen ese puente y llaman la atención sobre este punto. Pero no podemos dejar esa labor solo a las aristas feministas de las ciencias, sino que es menester estudiar una realidad en la que lo privado y lo público se trastocan, y superar la división entre lo productivo y lo reproductivo, y para ello se requiere de ciencias sociales que se adapten y que se hagan cada vez más transdisciplinarias y transversalmente feministas.

Asimismo, resulta potente pensar en la articulación de los estudios de las emociones o el llamado giro afectivo de las ciencias sociales (Lara & Enciso, 2013) para la superación de los binarismos y la división de las disciplinas:

Las emociones hacen cosas, alinean a los individuos con sus comunidades, o el espacio corporal o social... En lugar de considerar las emociones como disposiciones psicológicas, debemos estudiar, de manera concreta y particular, cómo trabajan para mediar la relación entre lo psíquico y lo social (Ahmed, 2015, p. 119).

En este sentido, para la teórica feminista poscolonial Sara Ahmed, las emociones no son objetos ni estados psicológicos, sino que son interacciones relacionales: “A través de las emociones, o de cómo respondemos ante objetos y los otros, se forman superficies o límites: el ‘yo’

y el ‘nosotros’ toman forma gracias al contacto con otros” (Ahmed, 2015, p. 10). Por lo tanto, las emociones han estado históricamente determinadas por relaciones asimétricas de poder signadas por el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo. No obstante, en el contexto de la pandemia, estas emociones son manipuladas con la idea de una falsa identidad en la que todxs, por primera vez, sentimos que podemos ser afectadxs de la misma manera (Gutierrez et al., 2020).

Así, el giro afectivo de las ciencias sociales debe integrarse a la construcción de un nuevo sistema científico que no priorice la razón moderna/colonial y en el que dialoguen los distintos tipos de saberes y sentires. Además, debe atender a la multidimensionalidad de los seres, para lo que los feminismos comunitarios aportan la idea de la relación entre territorios-cuerpos y territorios-tierras (Gargallo, 2012). Las múltiples violencias diferenciales que se ejercen sobre los cuerpos y que han quedado al descubierto con la pandemia, no pueden comprenderse sin analizar cómo ella misma ha sido producto de las afectaciones que hemos generado sobre los territorios-tierra, y que ampliaremos en el siguiente apartado.

## 2. LA JERARQUÍA “HOMBRE/NATURALEZA” EN CUESTIÓN

Lxs profesionales en ciencias médicas son quienes, principalmente, se han ocupado de enfrentar la pandemia producto del virus COVID-19 y han tenido que contenerla en primera línea, han estudiado los mecanismos de funcionamiento del virus, y por esta misma razón, las voces a las que mayor autoridad se le ha dado para hablar sobre él. Sin embargo, creemos que desde el *mainstream* de este campo del saber no es donde se han podido ofrecer las explicaciones más completas y complejas respecto a las causas de una pandemia que expone los límites del modo de producción y de acumulación vigentes. Estas causas deben ser estudiadas desde una perspectiva transdisciplinar en la que los aportes de las ciencias sociales son fundamentales.

El origen de la pandemia es, claro, la expansión del virus. Con la epidemiología es posible entender que el planeta está lleno de virus y bacterias que necesitan de huéspedes para reproducirse y que, a partir de su encuentro -en este caso entre virus y huésped- se producen las condiciones para que el primero se multiplique. A pesar de que esta explicación es la más difundida dentro de las ciencias médicas, su alcance es muy limitado. Desde la epidemiología crítica, campo en el que trabajan médicxs junto con cientistas sociales, se afirma que las condiciones históricas y de evolución conjunta entre agentes (virus y bacterias) y huéspedes (en este caso nosotrxs), es realmente lo que explica los orígenes de las enfermedades. Entonces, lo que debemos preguntarnos sobre el contacto entre este virus y alguien de nuestra especie, es ¿cuáles fueron las condiciones sociohistóricas del medio en el que nos desarrollamos -tanto

virus como humanxs- que posibilitaron este encuentro?

La respuesta, según la politóloga Carla Poth, (2020) es que los orígenes de esta pandemia están en el modelo y la dinámica de acumulación de capital que se ha profundizado en las últimas décadas, por ser el motivo de la destrucción masiva de ecosistemas -del medio-. De esta forma, por destruir territorios, este modelo ha promovido el relacionamiento entre virus y huésped, es decir, nos ha acercado a través de las grandes migraciones, tanto de humanxs como de otros animales.

En este sentido, de acuerdo con Maristella Svampa:

Las causas socioambientales de la pandemia muestran que el enemigo no es el virus en sí mismo, sino aquello que lo ha causado. Si hay enemigo, es este tipo de globalización depredadora y la relación instaurada entre capitalismo y naturaleza. Aunque el tópico circula por las redes sociales y los medios de comunicación, este no entra en la agenda política. Esta «ceguera epistémica» -siguiendo el término de Horacio Machado Aráoz- tiene como contracara la instalación de un discurso bélico, sin precedentes (Svampa, 2020, p. 25).

La “ceguera epistémica” impediría, entonces, entender que es el capitalismo (son los capitalistas), auxiliado por el Estado, el que (quienes) ha(n) generado las condiciones para que el virus pueda desarrollarse. Lo ha hecho a través del modelo agroindustrial extractivista, responsable de la deforestación causada por la instalación de cultivos agroindustriales y el corrimiento de la frontera agropecuaria, que implica necesariamente la destrucción de los ecosistemas -que son el espacio de vida de multiplicidad de especies- y la aceleración del cambio climático. El extractivismo es la manifestación de las lógicas del desarrollo industrial en las dinámicas de extracción de “recursos naturales”, que se sustenta precisamente en la idea de la naturaleza pensada como insumo y no como bien común. Lo que se disputa aquí son territorios que no están vacíos, sino que son vistos como “vaciables”, y que, en efecto, son vaciados de toda naturaleza, incluidxs humanxs, de forma muy violenta. Dada la finitud de nuestra casa común, es este vaciamiento lo que promueve el contacto entre distintas especies.

Sumado a esto, en el modelo de producción agroindustrial no solo hay afectaciones sobre el medio, sino también sobre lxs huéspedes (nosotrxs). Se puede afirmar que la prioridad del modelo no es la producción de alimentos, puesto que esta solo representa el 30% del total (lo demás corresponde a, por ejemplo, piensos para alimentar animales que también son producidos<sup>4</sup> de forma agroindustrial). Los alimentos que se producen así son insuficientes, pero además están fumigados con agrotóxicos y son cada vez menos diversos y menos nutritivos, es decir, hacen menos aportes inmunológicos. De hecho, por contener venenos, la calidad de sus

4 Queremos dejar señalado el conflicto que nos genera el pensar en otros animales como bienes que son susceptibles de ser producidos como una manufactura más.

“aportes” es muy cuestionable (Poth, 2020). De manera que no solo estamos más expuestxs al contacto con los virus, sino que también somos más vulnerables a sus efectos sobre nuestros cuerpos.

En síntesis, el modelo agroindustrial extractivista es responsable de la deforestación que implica la destrucción de ecosistemas, y son las causas socioambientales de la pandemia, las que demuestran que es necesario pensar en epistemes transdisciplinarias que partan de profundos entendimientos de las condiciones naturales, de la relación con los ecosistemas y con las otras perspectivas que pueblan la tierra.

En su artículo “Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena”, Eduardo Viveiros de Castro ofrece una alternativa que abre nuevos horizontes de pensamiento para hacer frente a la ceguera epistémica y a este extractivismo causante de pandemias. El autor considera que “todos los seres ven (‘representan’) el mundo de la misma manera, lo que cambia es el mundo que ellos ven” (Castro, 2004, p. 54). El mundo lo habitan humanxs y no humanxs y cada cual aprehende el mundo desde una perspectiva diferente. Viveiros plantea que mientras para lxs europexs la diferencia de perspectiva es el alma de lxs indixs “¿los indígenas son hombres o animales?”, para lxs indígenas la pregunta es por el cuerpo “¿los europeos son hombres o espíritus?”, “el etnocentrismo europeo consiste en negar que los otros cuerpos tengan la misma alma: el amerindio, en dudar que las otras almas tengan el mismo cuerpo” (Castro, 2004, p. 56). Su reflexión central construye los conceptos de multinaturalismo<sup>5</sup> y perspectivismo<sup>6</sup>, que cuestionan la dicotomía cuerpo-naturaleza universal, a partir de los aportes de la cosmogonía amerindia. Resulta interesante acercarse a propuestas como la del multinaturalismo para descentrar lxs seres humanxs en el estudio de las ciencias sociales y pensar en las múltiples configuraciones del cuerpo -humano y no humano- que aprehenden cosas distintas y que necesitan la tierra para vivir.

A partir de los planteamientos transdisciplinarios presentados sobre las causas socioambientales de la pandemia y el ejemplo acerca de horizontes alternativos de comprensión, es posible reconocer la capacidad explicativa de las ciencias sociales en este campo. No obstante, consideramos un desafío potenciar nuestra capacidad como científicxs sociales para vencer la “ceguera epistémica” que tenemos como sociedad. Es decir, para posicionar nuestras respuestas como válidas dentro de un sistema científico que es gobernado por las lógicas del capitalismo.

5 Para Viveiros de Castro (2004): “El relativismo cultural, un multiculturalismo, supone una diversidad de representaciones subjetivas y parciales, que inciden sobre una naturaleza externa, una y total, indiferente a la representación; los amerindios proponen lo opuesto: una unidad representativa o fenomenológica puramente pronominal, aplicada indiferentemente sobre una diversidad real. Una sola “cultura”, múltiples “naturalezas”; epistemología constante, ontología variable, el perspectivismo es un multinaturalismo, pues una perspectiva no es una representación” (p. 55).

6 Este concepto hace referencia a la idea de Viveiros de Castro (2004), según la cual: “Los animales ven de la misma forma que nosotros cosas distintas de lo que nosotros vemos porque sus cuerpos son diferentes de los nuestros. No me estoy refiriendo a las diferencias de fisiología -en cuanto a eso, los amerindios reconocen una uniformidad básica de los cuerpos- sino a los afectos, inclinaciones o capacidades que singularizan cada tipo de cuerpo; lo que éste come, cómo se mueve, cómo se comunica, dónde vive, si es gregario o solitario” (Castro, 2004, p. 55).

En últimas, es necesario que las ciencias sociales recuperen el compromiso que tuvieron otrora para trastocar al capitalismo, para debatir públicamente su régimen de verdad y ponerlo en crisis. Que se vuelvan a escuchar las voces de científicxs sociales con el fin de aportar a la comprensión y gestión de este tipo de fenómenos. Para evitar que esto vuelva a suceder en el futuro, es necesario revertir las condiciones de origen de la pandemia, lo que significa ni más ni menos que transformar las formas de producir, de relacionarnos con la naturaleza y de hacer ciencia.

### 3. LA JERARQUÍA “CIENCIA/OTROS SABERES” EN CUESTIÓN

Este modelo patriarcal, capitalista y antropocéntrico, ha jerarquizado los cuerpos, las labores y las especies. A ello se le suma una jerarquía que ha puesto las razones científicas modernas/coloniales por encima de otro tipo de saberes, lo que ha devenido en la creación de un sistema de producción de conocimiento científico occidental que, aunque está en disputa, sigue siendo hegemónico.

Esta jerarquía se expresa en instituciones globales, enmarcadas en la modernidad/colonialidad y en la fase actual del capitalismo, que pretende formar técnicxs para reproducir sus prácticas también en el ámbito sanitario. Nos encontramos ante un panorama de Salud Pública Internacional Clásica y de Salud Global con profundas lógicas coloniales, surgidas del Consenso de Washington y articuladas por medio de un Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2016), respaldado por la OMS y otros organismos supranacionales para la gobernanza de la salud, noción también neoliberal (Basile, 2017).

Frente a estas concepciones de salud pública aparecen inquietudes sobre la posibilidad de una salud social que escape de este marco. El enfoque de Salud Internacional Sur Sur (SISS<sup>7</sup>) cuestiona las lógicas coloniales en nuestros países en torno al derecho humano fundamental a la salud y activa preguntas que deben ser pensadas desde las ciencias sociales transdisciplinares: ¿quién produce las evidencias científicas? ¿Quién produce las vacunas? ¿Cómo se financian estas producciones?

7 La SISS es un “proceso asumido desde el grupo de trabajo regional de salud internacional y soberanía sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) [que] busca recrear un espacio público de construcción de pensamiento y acción sociopolítica para problematizar, desarrollar una comprensión y explicación conceptual metodológica que permita ayudar a desmontar cuáles son las falacias de las propuestas hegemónicas y cuáles podrían ser propuestas contrahegemónicas para nuestras sociedades del Sur, en este caso enfocadas al ideario de una nueva Salud Internacional desde una geopolítica Sur Sur, decolonial, intercultural y de soberanía sanitaria” (Basile, 2018, p. 31). También desde CLACSO, durante esta época de pandemia se creó el diplomado superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, para generar puentes críticos respecto a las agendas locales de salud pública y la participación de científicxs sociales y otros actores en conocimiento de ellas.

Pero no solo desde las instituciones científicas se hacen cuestionamientos a las prácticas y los procedimientos médicos con respecto al virus, porque también se interpelan desde el campo popular. En la cotidianidad de nuestras sociedades latinoamericanas experimentamos la heterogeneidad histórico-estructural (Ansaldi & Giordano, 2012), en la que diversidad de saberes se entremezclan y yuxtaponen. Somos sociedades abigarradas (Zavaleta, 1983) que para sanar no solo escuchamos y seguimos consejos y recetas médicas, sino, además, saberes ancestrales acerca de los cuerpos y de las plantas. Han sido nuestras abuelas quienes (re)conociendo sus territorios y lo que hay en ellos, han transmitido oralmente los conocimientos que tienen y utilizan para cuidar y curar. De esto, tenemos ejemplos como la moringa, el eucalipto, el jengibre, etc. Además, existe diversidad de ritos que se ponen en juego en el momento de prevenir y tratar la enfermedad, como agüeros o rezos provenientes de tradiciones africanas, campesinas, indígenas y cristianas.

Sin embargo, el sistema médico-científico occidental generalmente no valida estos saberes. Por esto, existe una doble jerarquización: de un lado la negación de los saberes no-científicos y de otro, dentro del campo científico, del conocimiento producido por las ciencias no-médicas. De ahí que superar esta jerarquización no es un tema que corresponda exclusivamente a las ciencias sociales, como hemos mencionado, también es una tarea urgente de las ciencias médicas y de otras epistemes.

Igualmente, debemos tener en cuenta que, como dice Mario Pecheny (2020), “para que estas experiencias sean capitalizables políticamente es cuestión de hacer política. *Per se*, la experiencia no nos va a dar las herramientas para transformar el capitalismo”. En este sentido, tal como afirmó Nancy Fraser sobre el feminismo en entrevista con Martha Palacio Avendaño en 1990,

Ninguna perspectiva analítica puede ser lo suficientemente fuerte como para superar las agudas asimetrías de poder. El modo de superarlas es a través de la lucha política. El pensamiento analítico puede aclarar la situación, aportar reflexiones, pero por sí misma [sic] no cambia las cosas (Pajares Sánchez, 2020, p. 303).

Por tanto, es necesario que las ciencias retomen su compromiso político, con el fin de construir otras formas de hacer ciencia y otras maneras de hacer política, desligadas de los parámetros moderno/coloniales/patriarcales impuestos.

## 4. LA JERARQUÍA “ECONOMÍA/SALUD” EN CUESTIÓN

Para transformar las lógicas que hemos analizado, es importante que las ciencias sociales reflexionen en torno a los fenómenos políticos que las configuran y que se ven trastocados por la pandemia. Así, es menester identificar cómo la pandemia ha devuelto la centralidad a la

gestión de los Estados nacionales y el despliegue de sus políticas públicas para hacer frente no solo al virus sino a las problemáticas estructurales que les han heredado, en casi todo el mundo, sistemas sanitarios deficientes y modelos productivos insostenibles ante una crisis de estas magnitudes.

En nuestro continente, el viejo lastre de la dependencia estructural y la consecuente desfinanciación de la ciencia y la tecnología, sumada a los desastres que ha traído consigo la aplicación de las recetas del Consenso de Washington y (en algunos países) del posterior Consenso de los Commodities (Svampa, 2019), han exacerbado la dificultad de gestionar la crisis sanitaria y económica, incluso civilizatoria. Bajo la falsa dicotomía entre salvar la vida y salvar la economía, que solo pone de presente lo atroz del capitalismo, los ejecutivos de cada Estado han desplegado acciones en pro de una u otra, conforme con los intereses de las facciones de clase que defienden y con la ayuda de las cuales se han hecho a la Presidencia.

Cada país tomó medidas de la manera que le pareció. Algunos estados cedieron ante las presiones de las empresas que necesitan seguir produciendo a cualquier costo humano y, en otros, se implementaron cuarentenas preventivas, sabiendo que el costo de enfermar a mayores porciones de la población era más alto que el parate productivo (Botto, 2020, p. 205).

Así, las medidas tomadas por cada presidente tendieron hacia uno u otro de los polos de dicha dicotomía falaz y los efectos de tales decisiones, en múltiples sentidos, empezaron a verse inmediatamente. En primer lugar, las diferentes posturas entre los mandatarios con respecto a la enfermedad marcaron el derrotero sobre las medidas a tomar. Resalta el contraste entre el negacionismo de Jair Bolsonaro y la extendida cuarentena de Alberto Fernández; sin embargo, entre ambos existe una amplia gama de posiciones, cuyos discursos y acciones tienen serios impactos en su legitimidad como gobernantes.

La inacción del gobernante brasilero fue acusada incluso de genocidio, mientras que el argentino tuvo que enfrentarse con marchas anticuarentena y el boicoteo de lxs liberales. Nayib Bukele, de El Salvador, fue tomado en un inicio como referente, mientras que Andrés Manuel López Obrador tuvo varias salidas en falso y su imagen fue en caída. Por su parte, las gestiones de Lenín Moreno y Martín Vizcarra en Ecuador y Perú, respectivamente, se hicieron tristemente célebres por el pronto colapso de sus sistemas de salud.

La ya poca confianza en el gobierno de Nicolás Maduro, se redujo frente a sus reportes de contagios y muertes y, como era de esperarse, se ponen aún más en duda que los de los otros países, así se sepa de antemano que en varios las cifras no son fehacientes. Así como sucedió en la Bolivia de la dictadora Jeanine Áñez, en la que reconocidos medios de comunicación interna-

cionales denunciaron que el número de muertos podría ser cinco veces superior al reportado<sup>8</sup>, mientras que la situación aplazó las elecciones que dieron fin al golpe en octubre.

En Chile, la continuidad de Sebastián Piñera y el sistema de salud privado propio del neoliberalismo hicieron que volvieran las protestas y que la exigencia por la nueva Constitución se hiciera tan fuerte que finalmente se materializara a través del plebiscito que se votó también en el mes de octubre, tras su inicial aplazamiento a causa de la pandemia. Para cerrar este listado, que solo deja nombrar algunas de las situaciones, se observa la defensa acérrima del mercado que ha venido adelantando Iván Duque en Colombia, al declarar días sin IVA en medio de la pandemia y destinar más recursos al salvataje de empresas privadas que a subsidios familiares para tener paliativos en la crisis, los cuales, de más está decir, fueron objeto de múltiples formas de corrupción.

Para lxs científicas sociales latinoamericanxs debe resultar de sumo interés el estudio de las implicaciones que han traído estas medidas para nuestras sociedades y regímenes políticos. Como ya se ha dicho, el escenario pandémico y la toma de determinadas decisiones, han sido marco propicio para el aumento de las desigualdades en la región. Lo que se debe, como bien sabemos, no solo a la profundización de la pobreza y la pobreza extrema en medio de una crisis económica que sufren más los sectores con empleos informales o directamente sin empleo, sino al acaparamiento de oportunidades y a las ventajas que han sabido sacar las élites económicas en complicidad con los mandatarios que toman medidas en su favor.

Al de la evidente concentración de la riqueza en el citado contexto, hay que sumar el análisis de la creciente concentración del poder en manos de los ejecutivos de nuestros Estados y las consecuencias que ello trae para las democracias del subcontinente porque, no solo en términos de democracia sustantiva, sino, incluso en los principios del republicanismo en torno al equilibrio de poderes, este panorama presenta múltiples desafíos. Puesto que, como se ha indicado, las decisiones se están tomando casi que exclusivamente en las cabezas presidenciales y sus gabinetes, en detrimento incluso de los mandos ejecutivos subnacionales, con los que se han presentado hasta altercados. Los casos de Colombia, Brasil y Argentina son representativos de esta afirmación.

Asimismo, lxs científicas sociales latinoamericanxs no podemos perder de vista los clivajes ideológicos gestados en torno a la pandemia y aquellos que vuelven al centro de las agendas, dadas las condiciones sociohistóricas que marcan este momento. La ya mentada discusión en torno al papel del Estado y su relacionamiento con el mercado, la renta básica universal, las acaloradas discusiones sobre las libertades y el control biopolítico, la lucha entre Estados Unidos y China por la hegemonía global, son solo algunos de estos debates que merecen nuestra mayor atención.

8 Información disponible en <https://www.nytimes.com/es/2020/08/22/espanol/america-latina/bolivia-coronavirus.html>

Por otra parte, en los primeros meses de la expansión de la pandemia en Occidente, parecía que los discursos neoliberales se hacían insostenibles y (dadas las situaciones en países como España e Italia, luego de las reformas post crisis de 2008, así como el estado de los sistemas de salud latinoamericanos post Consenso de Washington) nadie se atrevería a defender con orgullo la desfinanciación estatal a los rubros de salud, educación, ciencia y tecnología. No obstante, con el transcurrir de los días y, tristemente, de las cifras de muertes, vimos con sorpresa que personajes como Mario Vargas Llosa y una serie de expresidentes latinoamericanos salieron a reivindicar su fe ciega en el mercado para la resolución de la crisis<sup>9</sup>.

Este panorama, junto con el reavivamiento de los legados de la Guerra Fría, que consideramos se encuentran muy vigentes y se evidencian en situaciones como la “carrera por la vacuna” en alusión a la “carrera espacial”, constituyen un momento propicio para que lxs científicxs sociales repensemos nuestro quehacer. El compromiso ético-político con la transformación de una sociedad fragmentada, descompuesta y herida en múltiples aspectos debe volver a ser la reivindicación fundamental de quienes nos dedicamos a estudiar los fenómenos sociales. Ello implica que a la crisis epistemológica que vivimos debemos responderle con el potenciamiento de las epistemologías críticas desligadas de las formas moderno/coloniales de producir conocimiento para el capital; así como que, a todos los tipos de subordinación que se intersecan sobre nuestros cuerpos actualmente, debemos pensarlos desde horizontes emancipatorios. Esto pasa entonces por la creación de nuevos sistemas científicos que no subordinen lo social frente a las mal llamadas ciencias duras, que sean debidamente financiados para la innovación y superación de la dependencia, que no sigan en manos de quienes nos han traído hasta este punto y que contribuyan a entender que,

Ningún país se salvará por sí solo, por más medidas de carácter progresista que implemente. Todo parece indicar que la solución es global y requiere de una reformulación radical de las relaciones Norte-Sur, en el marco de un multilateralismo democrático, que apunte a la creación de Estados nacionales en los cuales lo social, ambiental y lo económico aparezcan interconectados y en el centro de la agenda (Svampa, 2020, p. 21).

## CONCLUSIONES

En este artículo reflexionamos sobre cuatro jerarquías que se pusieron de presente con la expansión del COVID-19 y que consideramos centrales en la construcción y el sostenimiento de la matriz de pensamiento de la modernidad/colonialidad, patriarcal, especista y economista en la que actualmente vivimos. Estas son:

9 Nos referimos acá concretamente a casos como el Manifiesto de la Fundación Internacional Para la Libertad (think thank de derecha presidido por Mario Vargas Llosa) llamado “Que la pandemia no sea un pretexto para el autoritarismo”. El cual fue publicado en abril de 2020 y cuenta con más de 600 adhesiones, entre las que sobresalen las de Álvaro Uribe Vélez (hasta hace poco preso) y Mauricio Macri. El Manifiesto se encuentra disponible en <https://fundacionfil.org/manifiesto-fil/>

1. La primacía de lo productivo, asociado a lo masculino, la razón, lo individual y lo patrimonial, por sobre lo reproductivo: las tareas del cuidado que han sido circunscritas “naturalmente” a lo femenino y asociadas con la emoción, lo colectivo, la esfera privada y lo matrimonial.

2. La primacía de lo humano, que es justificada en nuestra capacidad para razonar, con la que hemos subordinado al resto de la naturaleza (de la cual también somos parte) y hemos construido las condiciones socioambientales que han devenido en la actual pandemia, las cuales requieren de una comprensión transdisciplinar.

3. La primacía de la ciencia por sobre cualquier otro conocimiento que no se ampare en el método científico, el cual fue construido por ese mismo hombre blanco moderno que se reservó para sí la capacidad de pensar y de someter a sus propósitos a lo no pensante (o al menos todo lo que, por no poder comunicar a nuestra especie sus pensamientos, nos parece que no piensa).

Y, finalmente, 4. La disputa entre la primacía de la vida o de la economía, que se ha hecho explícita en opciones políticas que, en diferentes países de la región, toman partido por una u otra, y que consideramos falsa porque la economía es precisamente para organizar la vida, no un tema aislado.

Con este complejo entramado de diferentes jerarquías que se imbrican, yuxtaponen y refuerzan, pretendimos demostrar la realidad de la interseccionalidad en el contexto de la pandemia. Las relaciones que se establecen entre la raza, la clase y el género se ponen de manifiesto también en la afectación diferenciada del virus a unos cuerpos que, como hemos dicho, no tiene que ver con el contagio (que es una posibilidad para todxs), sino con las herramientas con las que contamos (unxs y no otrxs) para prevenirlo y hacerle frente.

Además, esta misma reflexión sobre la complejidad nos lleva directamente a señalar la necesidad de adoptar y promover un enfoque transdisciplinario, es decir, de diálogo entre diferentes disciplinas y saberes, cada uno capaz de hacer aportes para entender y enfrentar las causas sociohistóricas que dieron origen a la pandemia y que, de no ser revertidas, seguirán dando origen a otras: el modo de producción y de acumulación del capital y su forma de relacionarse con la naturaleza, incluidxs humanxs.

Esta pandemia, cuyas causas socioambientales no son reconocibles a simple vista, por lo que es necesario develarlas, nos presenta a su vez el desafío y la oportunidad de adoptar epistememas transdisciplinares y que dialoguen con saberes no científicos, que nos permitan debatir públicamente el régimen de verdad de la matriz de pensamiento moderno/colonial capitalista, con todos los otros adjetivos que ya hemos utilizado para caracterizarla. En este sentido, destacamos la importancia del giro afectivo, que pone en crisis la jerarquía razón/emoción, dentro

del conocimiento científico, sumado a que cuestiona la división de lo público y lo privado en tanto saca las emociones de la esfera íntima y pregunta por su incidencia en las relaciones sociales, políticas y económicas.

En este momento es central el papel de lxs científicas sociales para entender las causas y para brindar respuestas a las múltiples cuestiones que están surgiendo y contribuir a gestionar la crisis de toda índole que estamos enfrentando, así como a apañar la incertidumbre, el miedo y el duelo que está dejando la pandemia a su paso. Por lo tanto, las múltiples tareas a enfrentar por las ciencias transdisciplinarias latinoamericanas deben guiarse por un compromiso ético y político con su quehacer, que permita superar la ceguera epistémica impuesta por la modernidad/colonialidad, a través de epistemologías críticas. Es necesario posicionar estas epistemologías como un tema relevante de las agendas de discusión política y que no sigan marginadas en nuestros círculos, más allá de los cuales se nos dificulta llevar estos debates y visibilizarlos.

Así pues, es fundamental que las ciencias transdisciplinarias y decoloniales por las que abogamos se soporten en las epistemologías del sur (De Sousa Santos, 2011) y contribuyan a fortalecer las luchas anticapitalistas, antirracistas y antipatriarcales que abren horizontes emancipatorios y permiten pensar-sentir-crear nuevas sociedades que no se basen en los binarismos propios de la modernidad/colonialidad que, como hemos visto, derivan en crisis civilizatorias. En este sentido, proponemos y creamos ciencias movilizadoras y transformadoras, que estén a la “retaguardia” (De Sousa Santos, 2011) de los movimientos sociales.

Igualmente, para fortalecer el compromiso de las ciencias con la transformación social, es urgente que el feminismo sea transversal a ellas, lo que implica modificar estructuralmente la forma de producción de conocimiento. Es decir, se requieren aplicar otras epistemes en las que además de incluir a las mujeres y cuerpos feminizados como tema a estudiar y como productoras de saberes, se construyan paradigmas que puedan acomodarse a las condiciones sociohistóricas que se viven.

Sumado a lo anterior, es indispensable superar el sexismo estructural de las disciplinas académicas que produce y perpetúa una jerarquía de género (Pollock, 2013), por lo que se hace preciso cuestionar a lxs sujetxs que construyen las ciencias sociales, porque no es coherente hablar de decolonialidad, liberación o soberanía cuando se abusa del poder, cuando se explota, acosa o viola a otrxs.

En cuanto a la necesidad de revertir las condiciones de origen de la pandemia, que a lo largo de este artículo hemos explicitado, creemos vital rescatar el papel que los movimientos socioterritoriales han tenido en la creación de alternativas socioproductivas a las del modo de producción capitalista. En este sentido, la agroecología, entendida en su triple dimensión de ser ciencia, conjunto de prácticas y movimiento social, juega un papel fundamental, incluso como alternativa civilizatoria, pues al cambiar radicalmente la forma de producir alimentos

para que sean sanos, seguros y cultural y ambientalmente apropiados, se afecta también el relacionamiento jerárquico que lxs humanxs hemos establecido con la naturaleza; se rompen con este paradigma las separaciones artificiales entre productivo/reproductivo, humanx/naturaleza, ciencia/otros saberes y vida/economía.

Por último, no queremos cerrar este artículo sin hacer una autocrítica. Nosotras mismas estamos pasando por situaciones adversas: pasamos más de 200 días de cuarentena, estamos lejos de familiares enfermxxs o que incluso han muerto por COVID-19. De hecho, el virus también ha entrado al cuerpo de integrantes de nuestro grupo, pese a lo que seguimos aquí, sosteniendo con nuestra escritura el sistema de producción del conocimiento científico que nos obliga a estar publicando, participando del debate público, a pesar de cualquier circunstancia que afrontemos en nuestra vida personal, como si realmente esta estuviera (pudiera estarlo) separada de las demás esferas de nuestra vida. No obstante, esperamos, con nuestros planteamientos, contribuir en la transformación de ese sistema y al debate que se presenta en torno al papel de las ciencias sociales en la pandemia, en tanto consideramos pertinente reflexionar sobre nuestro presente.

## REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ansaldi, W., & Giordano, V. (2012). *América Latina. La construcción del orden, tomo 1*. (Vol. 1). Ariel.
- Basile, G. (2018). La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico// \_Dossier Salud Internacional Sur Sur. [https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II\\_Dossiersdesaludintsursurgt2019.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_Dossiersdesaludintsursurgt2019.pdf)
- Basile, G. (2017). De la Salud Pública Internacional y Salud Global a la Salud Internacional Sur Sur. primer diálogo de Salud Internacional y Cooperación Sur Sur, El Salvador.
- Botto, C. (2020). La salida será colectiva o no será... En P. Amadeo (Ed.), *La Fiebre. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. Editorial ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). ed., pp. 199-210). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- De Sousa Santos, B. (2011). Introducción: Las epistemologías del sur. *Formas-Otras: Saber, nombrar, narrar, hacer*. Barcelona. [https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie\\_de\\_publicacion/monografias/monografias/formas\\_otras\\_saber\\_nombrar\\_narrar\\_](https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie_de_publicacion/monografias/monografias/formas_otras_saber_nombrar_narrar_)

hacer

- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficante de sueños.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Galindo, M. (2020). Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir. En: P. Amadeo (Ed.). *Sopa de Wuhan, pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) (ed.). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- Gargallo, F. (2012). *Feminismos desde Abya Yala Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América*. Ediciones Desde Abajo.
- Gutierrez, G., Narvaja de Arnoux, E., & Schrott, A. (2020). Episodio 1: Narrativas de crisis en tiempos de COVID-19. En: *Acentos latinoamericanos*. <http://calas.lat/es/publicaciones/podcast/episodio-1-narrativas-de-crisis-en-tiempos-de-covid-19>
- Lara, A., & Enciso, G. (2013). El giro afectivo. *Athenea Digital*, 13, 101-120. <https://atheneadigital.net/issue/view/v13-n3>
- López, M. P. (2020). La vida en cuestión. En: P. Amadeo (Ed.), *La fiebre* (pp. 260). Editorial ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- OMS. (2016). *Reglamento Sanitario Internacional*.
- Pajares Sánchez, L. (2020). Fundamentación feminista de la investigación participativa: Conocimiento, género y participación, o del diálogo necesario para la transformación. *Investigaciones Feministas*, 11 (2), 297-306. <https://doi.org/https://doi.org/10.5209/infe.65844>
- Pecheny, M. (2020). *Copia de Diálogo virtual – Las ciencias sociales ante la pandemia*. Facultad de Ciencias Sociales UBA.
- Pollock, G. (2013). *Visión y diferencia. Feminismo, feminidad e historias del arte*. Fiordo.
- Poth, C. (2020). Agronegocio y salud. *Miradas críticas sobre la pandemia*. Encuentros virtuales Universidad Nacional de Tierra de Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.
- Svampa, M. (2019). *Las fronteras del neoextractivismo en América Latina*. CALAS - Centro

Maria Sibylla Merian de Estudios Latinoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales.

Svampa, M. (2020). Reflexiones para un mundo post-coronavirus. En: P. Amadeo (Ed.), *La fiebre* (pp. 17-38). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

Viveiros de Castro, E. (2004). Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. En: A. S. y P. G. Hierro (Ed.), *Tierra Adentro. Territorio indígena percepción del entorno* (pp. 37-82). IWGIA GRUPO INTERNACIONAL DE TRABAJO SOBRE ASUNTOS INDIGENAS.

Zavaleta, R. (1983). Las masas en noviembre. En: *Bolivia hoy*. Siglo Veintiuno ediciones.

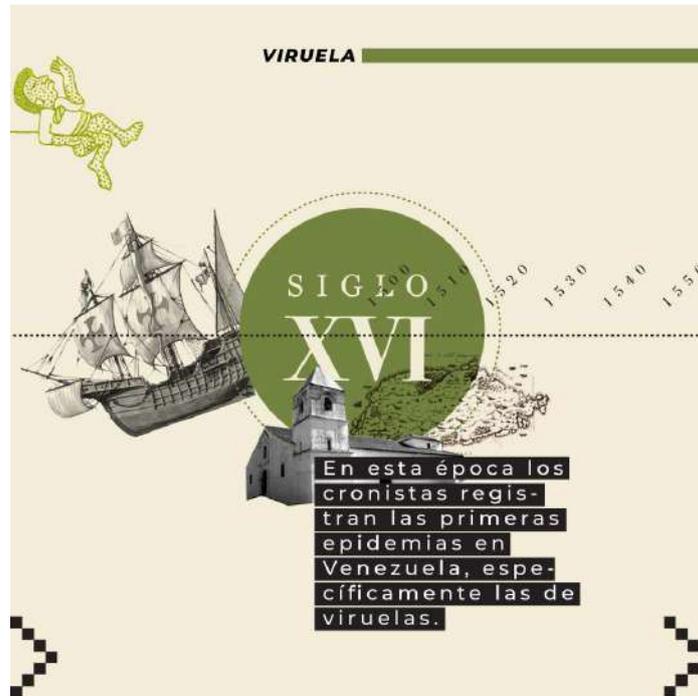


La invasión, conquista y colonización de nuestro territorio originario, generó grandes transformaciones en el campo demográfico, debido a la introducción por parte de los europeos de enfermedades totalmente desconocidas por las y los indígenas. La presencia de esos grupos étnicos, y a partir de 1514, de grupos africanos, implicaron el traslado de sus enfermedades características a nuestro continente, tal como destacan algunos historiadores como Archila Farías.

En el caso de los europeos, estos transmitieron patologías como el paludismo, la peste, la lepra, la fiebre tifoidea, la tosferina, la difteria, el sarampión, la varicela, la rabia canina y la viruela.

El pueblo africano, importó a las nuevas colonias la fiebre amarilla, la bilharziasis, anquilostomiasis, oncocercosis, filariasis y malaria. Los barcos que transportaban a los esclavos, también sirvieron de puente para la llegada de ratas, ratones, pulgas, piojos, garrapatas, zancudos y otros animales que eran transmisores de enfermedades desconocidas.

Igualmente, las y los indígenas nativos también transmitieron sus dolencias a estos nuevos habitantes, entre ellas: buba, carare, leishmaniasis tegumentaria, tripanosomiasis americana, micosis profunda y otras más (cf. Silva Alvarez, 1997). Esta unión entre los diversos grupos, produjo un irremediable intercambio de nuevos cuadros infecciosos, estando las y los habitantes indefensos por no poseer la protección natural necesaria, provocando epidemias mortales. Así comienza la historia de las epidemias en las colonias americanas.



## Siglo XVI

1565

Se creó el primer hospital para enfermos aquejados del mal de San Lázaro (lepra) en Barquisimeto.

1580

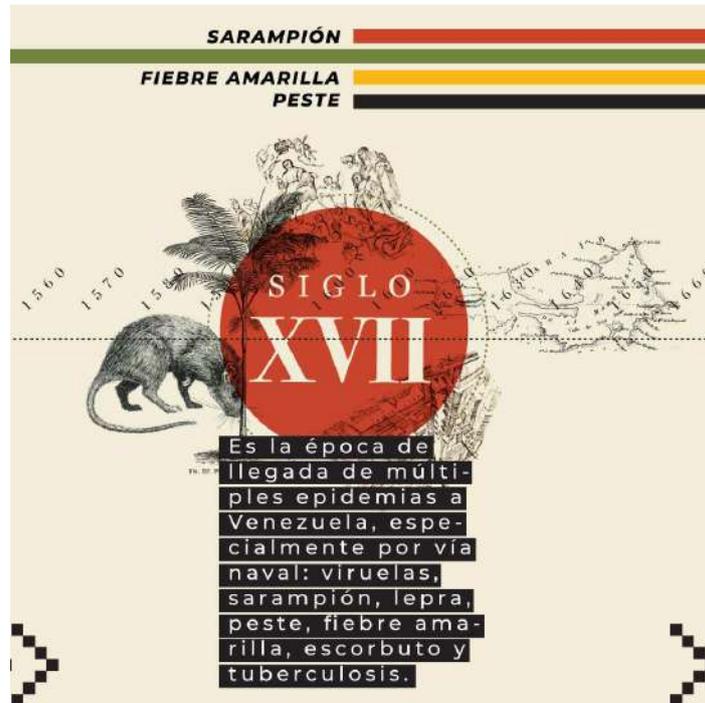
Primera epidemia de viruela registrada por los cronistas, la cual asoló a grupos enteros de indígenas.

1588

Segunda epidemia de viruela.

1598- 1599

Tercera y cuarta epidemia de viruela.



## Siglo XVII

Se contaron trece brotes epidémicos de viruelas.

1611

El Cabildo y el Gobernador establecieron en el Puerto de La Guaira, inspecciones sanitarias a los barcos, por ser la principal entrada para las enfermedades.

1612

Apareció el sarampión en las poblaciones del Orinoco.

1623

Brote de viruelas en la costa de Morón, originado por un desembarco clandestino de esclavos, y que se extendió en los valles de Aragua, La Guaira y Caracas.

1626

Primer caso de lepra en Venezuela de la cual fue víctima el Gobernador de la Provincia Don Pedro Gutiérrez De Lugo.

1648

Primera epidemia de peste registrada en Venezuela, ocurrió en la isla de Margarita.

1658

Llegó la peste a Caracas matando a un 25% de la población, unas 10.000 defunciones aproximadamente.

1692

El sarampión exterminó en pocos días al pueblo de Pozuelos.

1693

Llegó el sarampión a Caracas proveniente del Oriente.

Se implementó un degredo en los valles de Aragua y un cordón sanitario entre Caracas y La Guaira.

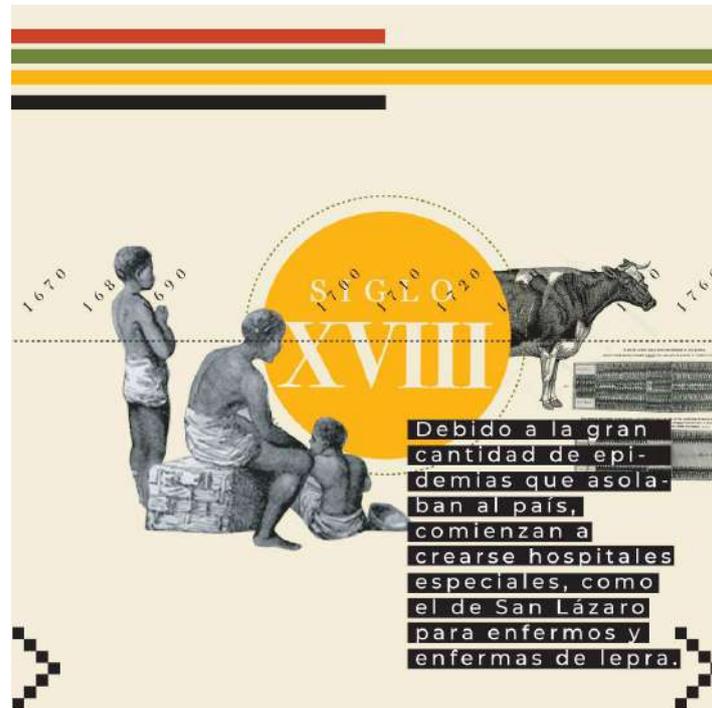
1694- 1696

Llegaron las epidemias de viruela y fiebre amarilla a Caracas. La tasa de mortandad por fiebre amarilla fue tan alta, que los cadáveres de los enfermos se enterraron en los campos.

Llegó la epidemia de escorbuto a Venezuela.

1698

Primera muerte por tuberculosis (éticos).



## Siglo XVIII

1737

Entrada de esclavos con viruela a la Provincia de Venezuela.

1739

Gran epidemia de viruelas en la ciudad de Nueva Barcelona.

1753

Es creado el hospital para enfermos de lepra llamado San Lázaro, en el ángulo de la esquina San Lázaro, actualmente La Hoyada, la cual se encontraba en los límites de la ciudad.

1756- 1757

Fueron registrados varios brotes de “calenturas” en Caracas, matando individuos de las tropas españolas que se encontraban en la ciudad, más los de La Guaira, Coro y Puerto Cabello. El término “calenturas” incluía varios tipos de enfermedades como el paludismo, calentura amarilla, calentura pajiza, vómito negro, vómito prieto, calentura de Barbados, etc.

1762

Epidemia de fiebre amarilla en el Valle de Aroa donde murieron gran parte de sus habitantes.

1763-1765

Ocurrió la epidemia más grave de viruelas de ese siglo, la cual se prolongó por varios años incrementando así la tasa de mortalidad, hablándose de un aproximado de 6.000 a 10.000 muertes nada más en la ciudad de Caracas.

1766

Se erigió un nuevo hospital para leprosos en la zona ubicada al noroeste de la ciudad, y que corresponde a lo que es actualmente Sarría.

Epidemia de fiebre amarilla en Coro.

1769

Fue utilizada la variolización (inoculación de pus de una vaca enferma con viruela) por Don Juan Perdomo. Este método se volvió famoso en Caracas. La medida permitió un mayor control de los efectos fatales de la epidemia de viruela.

1775

Fue dominada la epidemia de viruelas en Caracas.

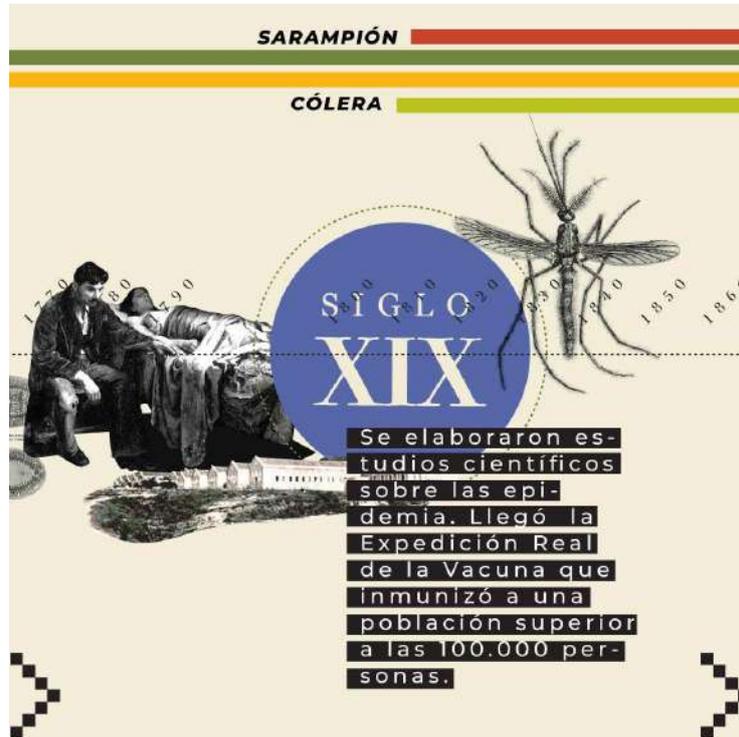
El Dr. Campins y Ballester le propuso a la corona la creación del Protomedicato en Caracas.

1794

Brotos de fiebre amarilla en la ciudad de Puerto Cabello.

1796

Existencia del “cuarto de los éticos” (enfermos de tuberculosis) en el Hospital de la Caridad, en Caracas.



## Siglo XIX

1801

La gran mayoría de los buques eran puestos en cuarentena o degredados.

1802

Comienzan a elaborarse informes sobre la cantidad y el estado en el que se encontraban algunos enfermos de lepra.

Existencia de una gran cantidad de enfermos leproso en el pueblo de Macarao. Comenzó la reclusión de los enfermos en el Hospital de San Lázaro de Caracas.

El Dr. Josef María Herrera, Don José Cabrera y José Domingo Díaz fueron los médicos encargados de los casos relativos a la fiebre amarilla, ellos analizaron las causas de esta enfermedad, asociándola al mal estado de la comida y el agua.

1803

Los degredos (espacios de reclusión de enfermos contagiosos) fueron mejorados, según algunas recomendaciones: que estuvieran a un cuarto de legua de las poblaciones y caminos públicos, en sitios boscosos y altos, que las casas fueran ventiladas y estuvieran ahumadas con pólvora o bosta, libre de comunicación con las personas sanas.

Ocurrió una epidemia de “calenturas” en el pueblo de La Guaira.

Epidemia de paludismo en Venezuela.

1804

Es señalada una epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Caracas.

Llegó a Venezuela la Expedición Real de la Vacuna, dirigida por Francisco Javier de Balmis. Esta expedición partió del puerto de La Coruña, a bordo de la corbeta María de Pita, en 1803, llevando consigo el “fluido” que inmunizaba contra la viruela. Este buque debía llegar a La Guaira, pero llegó primero a Puerto Cabello el 20 de marzo de 1804.

Inició la vacunación contra la viruela en Caracas. Estuvieron 48 días en estas tierras, dejando como legado la protección de una población superior a las 100.000 personas, y fue constituida la Junta Central de la Vacuna.

1808

La Junta Central de la Vacuna dejó de funcionar, por 4 años vacunó a unas 104.700 personas (el país tenía para esa época un estimado de 975.000 habitantes).

1826

Epidemia de fiebre amarilla.

1827

Fue creada por decreto del Libertador Simón Bolívar, la Facultad Médica de Caracas.

1839

Epidemia de fiebre amarilla.

1850

Epidemia de fiebre amarilla.

1854

Epidemia de cólera morbus o asiático en Venezuela. La enfermedad llegó desde Trinidad

a bordo del barco Integridad y se expandió con velocidad hasta Barrancas, terminó con la vida de 1.509 personas en Margarita y Cumaná.

El doctor Luis Daniel Beauperthuy, publicó en la Gaceta Oficial de Cumaná el descubrimiento del mosquito *Aedes aegypti* como vector principal de la fiebre amarilla y la malaria, sin embargo, sus hallazgos médicos fueron ignorados hasta 1891.

1855

La epidemia del cólera pasó por Carabobo y en Valencia y de allí llega a Caracas. El estimado de fallecidos en Venezuela es de más de 10.000.

1857- 1860

Epidemia de fiebre amarilla.

1864

Epidemia de fiebre amarilla.

1867

El doctor Luis Daniel Beauperthuy fue nombrado médico del Hospital de Lázaros, y organizó un pequeño hospital privado para el tratamiento de la lepra.

1869

Epidemia de fiebre amarilla.

1883

El Dr. Herrera Vegas propuso la creación de un instituto que se encargase de la producción de vacuna antivariólica, pero su idea no fue acogida favorablemente.

1885

Epidemia de fiebre amarilla.

1890

Epidemia de fiebre amarilla.

1891

Se inauguró el Hospital Vargas, decretado en 1888.

1895

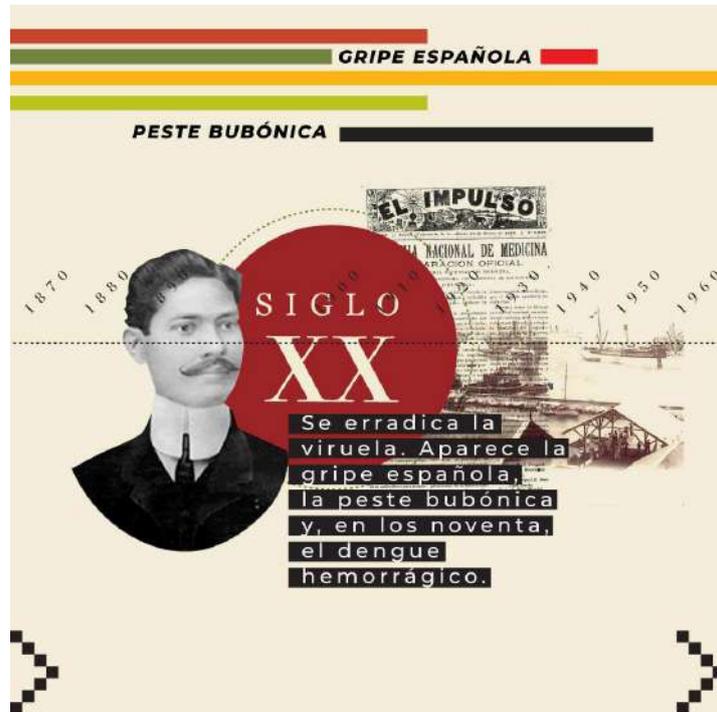
La empresa editora de la revista venezolana El Cojo Ilustrado, inició una suscripción popular con el objeto de recoger fondos para la creación de un Instituto donde se preparase, además del suero antidiftérico de Roux, todo aquello que la nueva ciencia de la inmunidad prometía.

1897

El presidente Joaquín Crespo decretó la construcción del edificio que albergaría al Instituto Pasteur y cuyo objetivo sería los estudios de Microbiología.

1898

Se desató una epidemia de viruela en Venezuela, y el Instituto Pasteur logró producir en sólo cinco meses alrededor de 150.000 tubos de vacuna que fueron distribuidos por el gobierno, así como vacunar unas 30.000 personas.



## Siglo XX

1900

Se constituyó en Carora la “Compañía Anónima Proveedor de suero Antidiftérico”.

Ocurrió una epidemia de viruelas en Táchira y en Caracas.

1904

Hasta esta fecha funcionó el Instituto Pasteur de Caracas.

1908

Apareció la peste bubónica por primera vez en Venezuela, los primeros casos aparecieron en La Guaira y luego la enfermedad pasó a Caracas.

Rafael Rangel dirigió la campaña de defensa contra la epidemia de peste bubónica.

1909- 1910

Reapareció la peste bubónica en Caracas.

Se creó la Comisión de Higiene Pública.

1911

Reapareció la peste bubónica en Caracas.

1912

Reapareció la peste bubónica en Caracas.

Se creó en Venezuela la primera Ley de Sanidad.

1914

Reapareció la peste bubónica en Caracas.

1916

Reapareció la peste bubónica en Caracas.

La Fundación Rockefeller creó una Comisión Especial de Fiebre Amarilla que visitó los puertos más importantes de América Latina, entre ellos La Guaira, Puerto Cabello y Maracaibo.

1918

Reapareció la peste bubónica en Caracas.

Aparición de epidemia de la gripe española en Venezuela. Solo en Caracas fallecieron 1.665 personas.

Se realizaron campañas y se hace pública la información sobre la epidemia de gripe española, e incluso se crea La epidemia febril de Caracas, una especie de periódico científico.

Se creó la Oficina Central de Sanidad Nacional.

Epidemia de fiebre amarilla.

1919

Reapareció la peste bubónica en Caracas y en los Valles del Tuy del estado Miranda. Se impulsó una campaña contra ratas y pulgas que se extendió a todas las regiones limítrofes.

Se comienzan a editar los Anales de la Dirección de Sanidad Nacional en donde se divulgaban datos sobre todas las enfermedades y sus afecciones a nivel nacional.

Siguió la epidemia de gripe española en Venezuela. El total de fallecidos entre octubre de 1918 y diciembre de 1919 fue de 23.318 personas.

1920

Hasta 800 muertes por la epidemia de gripe en el estado Monagas.

1923

El gobierno venezolano emitió un decreto denominado el Saneamiento de Los Llanos de Venezuela, por medio del cual se ordenaba el tratamiento del paludismo, la anquilostomiasis y la “epizootia de la derrengadera”.

1928

Los exámenes practicados para el estudio de la anquilostomiasis dieron resultados positivos en un 70% de casos en los valles centrales.

Se publicó “la primera encuesta malariométrica de reconocimiento” en la cual identificaron a los anofeles transmisores en las regiones del país.

1935

Más del 50% de las muertes eran causadas por enfermedades infecciosas entre las cuales la tuberculosis, el paludismo, la disentería y diarreas concentraban la más alta proporción, con una esperanza de vida de 38 años.

1936

Se creó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Nacional de Higiene, y se erige el Hospital Antituberculoso de El Algodonal.

1950

Nacionalización de los hospitales, que hasta entonces corrían a cargo de las administraciones regionales.

1956

Se erradicó el virus de la viruela Venezuela.

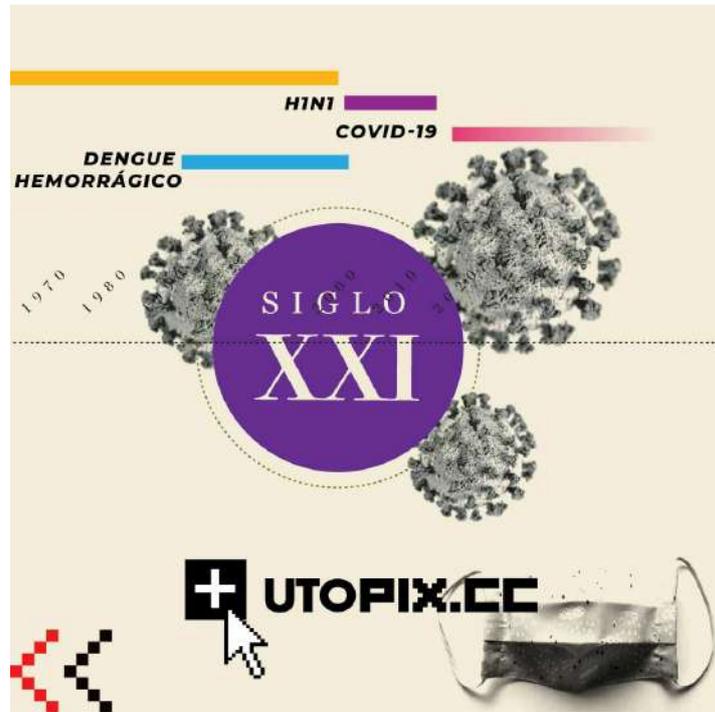
Se realizaron las primeras campañas contra la malaria y la tuberculosis.

1989

Primera epidemia de Dengue Hemorrágico en Venezuela. Se registraron 12.000 enfermos y 70 fallecidos menores de 15 años.

1993 -1994

Epidemia de sarampión con 38.000 casos y 124 muertos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó la campaña nacional de vacunación de “puesta al día”, se logró una cobertura del 98%.



## Siglo XXI

2009

Pandemia de influenza A (H1N1).

2013- 2014

Aparición de la fiebre chikungunya.

Pandemia de influenza A (H1N1).

2015

Aparición del virus Zika.

2019

Aparición del COVID- 19

## Referencias

Barboza L. *Dinámica histórico-social y políticas de salud en Venezuela durante las décadas centrales del siglo XX (1909-1960)*. 2012; 50(3).

Briceño-Iragorry, L. & González, M. (2017). *La salud pública en Venezuela, su evolución histórica, estado actual y propuestas*.

Martin-Frechilla, J. (2008). El dispositivo venezolano de sanidad y la incorporación de los médicos exiliados de la Guerra Civil española. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(2), 519-541.

Soyano, A. "Albores de la inmunología en Venezuela" *Revista de la sociedad venezolana de historia de la medicina*. V. 60. No 1-2. 2011.

Suarez, J. A., Naranjo, L., & Viera, C. T. (2002). El Sarampión en Venezuela. *Vitae*, (11).

Zambrano, A. (2007) *La ciudad enferma: Preocupación y medidas sanitarias del Cabildo caraqueño durante la segunda mitad del siglo XVII* (tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas.

## VILLA 31 EN TIEMPOS DE PANDEMIA

---

**Mariano Montilla<sup>1</sup>**

Universidad Central de Venezuela,  
Caracas, Venezuela

[montilleo@gmail.com](mailto:montilleo@gmail.com)

Desde 1932, datan los primeros asentamientos de éste lugar que ha tenido innumerables nombres, hoy día se le conoce como Villa 31. Siempre ha sido habitada en su mayoría por migrantes, su población actualmente está sobre los 43.000 residentes, en contraste con los 3 millones que tiene el resto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Inicialmente fue poblada por europeos y argentinos del interior del país; en la actualidad, el grueso de su población es proveniente y descendiente de países como Paraguay, Bolivia y Perú.

La Villa 31, se localiza entre dos barrios muy ricos, al noreste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; por su trayectoria histórica y ubicación geográfica es una de las más nombradas e importantes de la Ciudad, sin embargo, por su condición de Villa, es una de las menos visitada y más estigmatizada.

La cuarentena pandémica arrancó en otoño; inicialmente no había mayor comprensión del virus, solo se hablaba de las estadísticas de muchas personas muriendo alrededor del mundo, del llamado a quedarse en casa del Gobierno Nacional y lo que la TV decía.

Llegó el invierno con sus bajas temperaturas, aunado a la cada vez más pesada incertidumbre sobre la duración de las restricciones; el encierro empezó a fortalecer malestares y preocupaciones vinculadas a la economía familiar. La angustia en la población se resumía en preguntas como: ¿Cuándo llamarán para ir a laburar?, ¿Cuándo podremos abrir las puertas de los comercios?, ¿Cuándo podremos ir a vender las mercancías a los locales de la Ciudad?, ¿Cuándo podremos ir al Mercado Central para comprar mercadería y vender en la Villa?

---

1 Sociólogo graduado en la Universidad Central de Venezuela, con amplia experiencia en comunidades vulnerables, gestión social, mediación de conflictos y articulación institucional. La fotografía es un brazo importante que acompaña mi labor profesional, permitiéndome fortalecer la percepción positiva que las comunidades tienen sobre sí mismas, a la par, de que registra los cambios y transformaciones que ocurren en sus cotidianidades.

No me atrevo a decir que el temor a perder el trabajo, era superior al de infectarse con el virus, pero sí eran las principales fuentes de preocupación en La Villa.

Recuerdo haberme reunido con comerciantes del Sector el Playón, y estaban angustiados por no estar generando ingresos para pagar el alquiler de local que tenían allí, que sí bien mantenían buenas relaciones con el propietario, no deseaban adquirir deudas. Situaciones similares, enfrentaron empleados de restaurantes, de oficinas, del sector construcción, que tenían que pagar alquiler de vivienda y temían no solo perder su sueldo por el tiempo de cuarentena, sino también su laburo y todo lo que ello implica.

Con el pasar de los meses, empezaron a abrir los negocios, aumentó el tránsito interno, y actualmente es común ver un pequeño porcentaje de personas sin tapabocas. Es una nueva anomalía, y todos conseguimos mecanismos de adaptación para comer sin dejar de reír, o para reír mientras conseguimos que comer.

Gracias por leernos, si quieres darme a conocer tu experiencia, te dejo mi contacto:

Soc. Mariano Montilla

[montilleo.wordpress.com](http://montilleo.wordpress.com)











Próximo Call for Papers

# MUNDOS EN MOVIMIENTO Y FUERZAS INSTITUYENTES EN IBEROAMÉRICA

Iberoamérica social: Revista-red de estudios sociales Año 9, N° XVI

América Latina se ha visto sacudida en 2019 por una oleada de movilizaciones sociales que ponen en evidencia la fuerza instituyente de la comunidad política (el pueblo en su heterogeneidad radical) como referencia primera y última de los poderes instituidos. El contexto de la pandemia de COVID-19 ha profundizado esta situación. En su denuncia a la corrupción de lo político, y en su lucha contra la restauración conservadora en la región desde hace un lustro, estas movilizaciones pretenden dar forma a mundos-otros donde la justicia social, ambiental y cognitiva sean efectivamente posibles, y donde la dignidad marque el horizonte crítico y ético de lo político como ejercicio de poder obediencial.

A lo largo de 2019 países como Ecuador, Haití, Perú o Bolivia fueron escenarios de huelgas, manifestaciones y confrontaciones contra un poder fetichizado que actúa por vía de ajustes neoliberales, violencia institucional, golpes de estado y/o autoproclamaciones. No obstante, el caso paradigmático ha sido Chile, donde la fuerza instituyente de las movilizaciones masivas del último trimestre de 2019 ha logrado materializarse en un nuevo proceso constituyente que ha abierto nuevamente las grandes alamedas que fueron cerradas de forma trágica con la dictadura pinochetista en 1973.

En este sentido, desde Iberoamérica Social proponemos un número titulado “**Mundos en movimiento y fuerzas instituyentes en Iberoamérica**” donde son bienvenidos trabajos que, desde el campo diverso de los estudios sociales, se enfoquen en los siguientes ejes temáticos:

- Análisis del marco socioeconómico y político de América Latina en los últimos años
- Genealogía y características de las movilizaciones sociales
- Análisis de las agendas impulsadas
- Estéticas de la protesta
- Estrategias comunicacionales y de articulación
- Estudios de caso y estudios comparativos

- Teorías de los movimientos sociales
- Desafíos y posibilidades para una política de la liberación

*Iberoamérica social: revista-red de estudios sociales* se fundó con el objetivo de propiciar la cooperación para la creación y difusión de conocimiento entre los países de la región iberoamericana, aprovechando la tecnología que la plataforma digital ofrece. Se trata de una publicación semestral de carácter académico y multidisciplinar que rebasa el límite de los estudios sociales en busca de una ciencia social, humana, respetuosa y responsable.

Tienen prioridad las temáticas actuales que involucran, afectan e interesan a la sociedad iberoamericana, como son: democracia, derechos humanos, género, medio ambiente y el desarrollo sostenible e inclusivo de nuestros pueblos. Por ello, además de los artículos del dossier principal, contamos con un espacio para los de temática libre.

Los trabajos podrán ser enviados hasta el **15 de abril del 2021** a través del [Open Journal System](#) de Iberoamérica Social. Su clasificación será de la siguiente manera:

**1. Artículos académicos:** De seis a diez artículos originales de investigación, reflexión o revisión para el dossier, y una sección con hasta seis de estos de temática libre. La extensión máxima es de 10.000 palabras. El sistema de arbitraje de la revista para este material es por pares de tipo doble ciego.

**2. Miscelánea:** De seis a ocho trabajos en la sección miscelánea para reseñas bibliográficas, experiencias de investigación, cartas de opinión, ilustraciones, fotografías y otras expresiones artísticas relacionadas al eje temático del número. Su publicación estará sujeta al dictamen de expertos en cada ámbito.

Serán considerados para esta convocatoria escritos en español y portugués.

Iberoamérica Social impulsa la reflexión y producción intelectual inclusiva. Por ello, alentamos a las jóvenes investigadoras y a los jóvenes investigadores a que participen.

[Conoce las normas de publicación de Iberoamérica Social aquí.](#)

[Compruebe los derechos de publicación y difusión.](#)



**Iberoamérica Social: Revista-red de estudios sociales XV.**

Editada por la Asociación Reconocer, Sevilla, España.

ISSN: 2341-0485.

<https://iberoamericasocial.com>