



Revista Jangwa Pana
ISSN: 1657-4923
ISSN: 2389-7872
jangwapana@unimagdalena.edu.co
Universidad del Magdalena
Colombia

¿Fracasamos? Salud y poder antes y durante la pandemia 2019-20XX

Martínez Dueñas, William Andrés

¿Fracasamos? Salud y poder antes y durante la pandemia 2019-20XX

Revista Jangwa Pana, vol. 20, núm. 2, 2021

Universidad del Magdalena, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588072311010>

DOI: <https://doi.org/10.21676/16574923.4438>



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


¿Fracasamos? Salud y poder antes y durante la pandemia 2019-20XX

Did we fail? Health and power before and during the 2019-20XX pandemic

William Andrés Martínez Dueñas
 Universidad del Magdalena, Colombia
 wmartinez@unimagdalena.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.21676/16574923.4438>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588072311010>

 <https://orcid.org/0000-0003-0921-1149>

SALUD Y PODER

La pandemia ha evidenciado dos grandes aristas de aquello que llamamos salud: por un lado, su centralidad en todas las dinámicas humanas, al menos en las sociedades llamadas occidentales; por otro lado, que implica un conjunto de dimensiones interconectadas que trascienden inclusive las definiciones holísticas. Es así como esta crisis global ha revitalizado la discusión sobre cómo entender la salud, a la luz de nuevos enfoques como los de *ecosalud* (Vanhove *et al.*, 2020), *one-health* (Amuasi *et al.*, 2020; Henley, Igihozo y Wotton, 2021), *sindemia* (Horton, 2020) y el *bienestar biopsicosocial* (Krahn *et al.*, 2021). Estas categorías, desde la óptica biomédica (moderna-occidental), evidencian que la salud es un conjunto dinámico y complejo de relaciones, que van desde lo molecular hasta lo biosférico, desde el síndrome metabólico hasta el calentamiento global o desde nuestra mascota hasta las políticas públicas de conservación de la biodiversidad. Así se revela la necesidad de replantear cómo entendemos e intervenimos la salud desde las políticas públicas.

Este panorama es aún más complejo si vemos la salud desde la óptica de los estudios feministas de la ciencia (e.g. Mol, 2003). En ellos, la salud y/o la enfermedad son redes sociomateriales históricamente situadas; por lo tanto, cada individuo representa una experiencia única de salud o bienestar, de acuerdo con un conjunto muy específico de relaciones que establece tanto con otros humanos como con no humanos, donde inclusive, bajo el régimen biomédico no se puede hablar de una sola experiencia de la enfermedad, la salud y el bienestar.

En este *dossier*, titulado “Salud, poder y violencias antes y durante la pandemia”, contamos con un conjunto de contribuciones que, desde la antropología médica, las etnociencias y la medicina social latinoamericana, hacen evidente cómo aquello que llamamos salud —y por extensión bienestar— está inmerso en una red de aspectos socioculturales, (bio)políticos y ambientales, así como determinado por procesos como la migración y el conflicto armado. En este sentido, se hace evidente cómo las comunidades locales construyen sistemas propios de salud-enfermedad para responder a los efectos que eventos del conflicto armado, como las masacres, los despojos y muchos otros hechos victimizantes, tienen sobre la salud colectiva e individual de las personas que sobrevivieron (Moreno Martínez *et al.*, 2021; Piedrahita Forero y Tabares, 2021). Esta realidad pone de manifiesto la precariedad de los sistemas de salud, especialmente en las zonas rurales de Colombia, al tiempo que resalta la capacidad de estas comunidades para afrontar estas difíciles problemáticas y propiciarse bienestar individual y colectivo.

Por otro lado, otros trabajos de este *dossier* muestran cómo las dinámicas migratorias internas (Colombia) y entre países (Venezuela, Colombia, Argentina y Bolivia) también intervienen profundamente en la salud y las prácticas del cuidado, bien sea porque este proceso pone a los sujetos en situaciones de vulnerabilidad, como construir sus lugares de habitación en zonas que incrementan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas (Escobar Jiménez, Díez Jiménez y Caselles-Osorio, 2021), o porque las personas migrantes deben desarrollar un conjunto de prácticas para poder acceder a un sistema de salud biomédico altamente restrictivo y discriminatorio (Linardelli y Anzorena, 2021). Estos estudios también revelan que las situaciones de vulnerabilidad (e.g., población migrante, personas gestantes, víctimas del conflicto armado) están asociadas a

representaciones que hacen que estos sujetos sean discriminados, rechazados o intervenidos como individuos ignorantes y con hábitos inadecuados de higiene.

En contraste con este dejar morir por el sistema biomédico, vemos cómo otros sujetos son producidos como cuerpos optimizados por la biomedicina, no solo como individuos sanos aptos para el mercado, sino como atletas de alto rendimiento cuyo fin último son las victorias y el espectáculo del deporte (Castro *et al.*, 2021). Finalmente, estos trabajos muestran cómo la biomedicina no solo es un conocimiento hegemónico que se impone, sino cómo este es apropiado, de forma que emergen diversas articulaciones entre actores (mujeres, migrantes, profesionales de la salud y de las ciencias sociales), conocimientos (biomédicos, propios, híbridos) y prácticas (cuidados, terapéuticos, negociación, estrategias, resistencias).



FIGURA 1
"Hay tapabocas" Detalle de la carátula del dossier "Salud
poder y violencias antes y durante la pandemia" 2021

Fuente: el autor

¿FRACASAMOS?

En este número sobre salud y poder durante la pandemia, me resulta necesario referirme a estos casi dos años de emergencia sanitaria en Colombia. No sin antes decir que los estudios de este *dossier* indican que la salud, entendida desde las múltiples dimensiones mencionadas, estaba en un estado de precariedad desde mucho antes de la pandemia (sin desconocer los avances de la medicina y el abnegado trabajo de los profesionales de la salud).

No soy una voz autorizada para hablar de pandemias, pero sí un ciudadano informado y decepcionado, que espera estar equivocado. Considero relevante poner al margen mi enfoque epistemológico sobre este tema (ver Martínez-Dueñas y Perafán-Ledezma, 2021; Martínez-Dueñas, 2021) y poner en consideración de esta comunidad de conocimiento esta reflexión *amateur* sobre la pandemia en Colombia, puesto que los interrogantes de órdenes político, económico, social y ético son muchos y muy relevantes como para no plantearlos. Por ejemplo: ¿cuáles fueron y son las condiciones socioeconómicas que se ponderaron para optar por una estrategia de mitigación y no de eliminación?, ¿se consideró?, ¿cuándo y cómo se discutió?, ¿es una discusión pública?, ¿qué hemos aceptado con base en las estrategias de control de la pandemia?

Un estudio llevado a cabo durante septiembre y diciembre de 2020 por investigadores del Instituto Nacional de Salud (INS) y otras instituciones (Mercado-Reyes *et al.*, 2021) concluyó que para finales de 2020 Colombia había sido uno de los países más afectados por la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Los autores estimaron que en algunas localidades se había alcanzado un valor de seroprevalencia del 78 % (78 de

cada 100 personas tenían anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en su sangre, lo que indicaba que habían tenido el patógeno en su cuerpo, si bien algunos experimentaron síntomas y otros no).

Posteriormente, en septiembre de 2021 la directora del INS (2021) comunicó a la opinión pública que “el 89 % de la población [colombiana], entre asintomáticos y sintomáticos, probablemente ya tuvo COVID”. Es decir, estimaron oficialmente que nueve de cada diez colombianos han tenido el patógeno en sus cuerpos. Sin ser epidemiólogo, esta cifra indica que casi toda la población se contagió a pesar de los innumerables esfuerzos que hicimos como nación para evitarlo, privándonos de nuestra vida social, postergando proyectos de vida, afectando el desarrollo escolar y reduciendo o perdiendo las fuentes de ingresos económicos. Por supuesto que esto varía de región en región, lo cual puede ser aún más dramático, porque indicaría que en algunas ciudades o departamentos las personas han padecido reinfecciones, de lo cual también desconocemos sus consecuencias a largo plazo (*long COVID*) según el conocimiento actual.

Este 89 % de seroprevalencia se vería reflejado en casi 130.000 muertes confirmadas por COVID-19 y un número aún sin consolidar de personas que pasaron por un hospital, muchas de las cuales padecieron con sus familias y amigos por semanas y ahora experimentan los efectos a largo plazo del llamado *long COVID* (Crook *et al.*, 2021; Sudre *et al.*, 2021). Esto además ha significado que en algunas ciudades capitales de Colombia (*e. g.*, Bogotá o Barranquilla) una persona de cada 300 haya muerto en estos casi dos años de pandemia, lo cual permite estimar que uno de cada cien hogares perdió a uno de sus miembros (con base en los datos de DNP, 2016), probablemente un adulto mayor y de familias con más bajos recursos (Cifuentes *et al.*, 2021). En este sentido, alcanzamos un exceso de muertes solo para el 2021 del 59 % (según información del portal de Minsalud consultada en diciembre de 2021), de manera que en varios momentos de la pandemia murieron el doble de personas de las que fallecen según los promedios históricos (DANE, 2021) (ver figura 2).

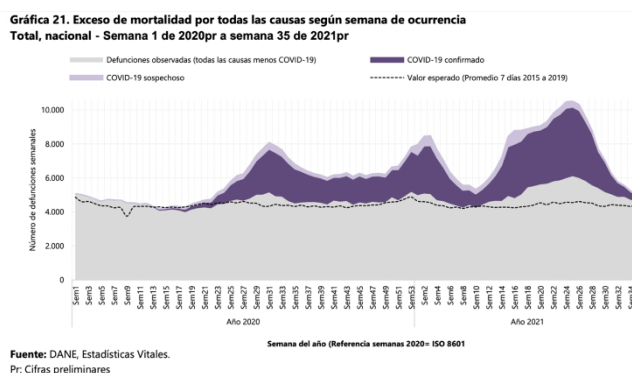


FIGURA 2

Representación gráfica del exceso de mortalidad por todas las causas según semana de ocurrencia total nacional – con datos preliminares correspondientes a la semana 1 de 2020 a la semana 35 de 2021

Fuente: DANE (2021)

Entonces, con cerca de 130.000 fallecidos confirmados por COVID-19, una seroprevalencia del 89 % y ciudades con más de tres muertes por mil habitantes debido solo a esta enfermedad, tenemos que aceptar que fracasamos de una manera monumental. En este caso las comparaciones no son necesarias porque el fracaso ha sido global (con excepciones como Nueva Zelanda y otros países con estrategias de eliminación). El diario *The Economist* estima que el exceso de muertes por COVID-19 es de más de 11 millones, es decir, murieron millones que no tenían por qué hacerlo, y millones sufrieron por semanas antes de fallecer; sufrimiento que se extendió a sus familiares, amigos, personal de la salud que los atendieron y a todos los que compartimos ese dolor.

Si aceptamos la idea de que fracasamos (al menos así yo lo siento), aún quedan muchos interrogantes a los cuales es muy difícil encontrar una respuesta en el horizonte, especialmente si estamos entrando al tercer año de pandemia. Por ejemplo, ¿por qué la responsabilidad de las medidas no farmacéuticas de control recae

principalmente sobre los individuos y aún vemos centros comerciales, escuelas y hospitales sin un adecuado control de la calidad del aire (ventilación, filtración, respiradores N95), ya que es claro que el SARS-CoV-2 se transmite principalmente por el aire (Wang *et al.*, 2021)?, ¿por qué no se promocionan efectivamente estrategias sociales y económicas para fabricar y utilizar en ambientes no hospitalarios respiradores de alta eficiencia a precios accesibles y bajo controles de calidad claros?, ¿por qué se naturaliza la idea de enfermar y morir de COVID-19 bajo las narrativas de la endemización y la convivencia con el virus?, ¿por qué a pesar de dos años de pandemia se sigue esperando una “bala de plata” o un “acto divino” que acabe la pandemia si ya hemos pasado de la esperanza en la inmunidad de rebaño a la protección de la vacuna y ahora a la benevolencia de la selección natural, que finalmente hará de la COVID-19 una *gripesigna*?

Todo lo anterior pasó por medidas cortoplacistas que se ven reflejadas en documentos institucionales como decretos, resoluciones o acuerdos que aparecen cada pocos meses a la espera de esa solución milagrosa contra la pandemia y así poder regresar a la “anhelada” “normalidad”. Somos tres o cuatro generaciones (representadas en las imágenes de reencuentro entre abuelos y nietos) que ahora sabemos qué es una pandemia y qué es lo mejor que podemos hacer con el conocimiento existente. ¿Por qué optaríamos por aceptar otra causa permanente más de sufrimiento?

Sumado a esto, emergen acciones que favorecen la propagación del SARS-CoV-2 bajo ideas popularizadas por mantras como “hay que convivir con el virus” o “resiliencia” o “nueva normalidad”. Mientras tanto, se ejerce control frente a las personas que apelan al cuidado individual y colectivo al catalogarlos de “miedosos”, “exagerados” y otros adjetivos peyorativos basados en prejuicios de clase (sucio/aseado), de sexo (macho/nena) y raza (cubrirse la cara como en naciones orientales) (Zhang, 2021).

Para terminar, se puede dejar planteado que no solo fracasamos, sino que encontramos en esta tragedia un “chivo expiatorio” de todo lo que veníamos haciendo mal, no solo en salud, sino en todas las dimensiones de nuestra existencia.

REFERENCIAS

- Amuasi, J. H., Walzer, C., Heymann, D., Carabin, H., Huong, L. T., Haines, A. y Winkler, A. S. (2020). Calling for a COVID-19 One Health Research Coalition. *The Lancet*, 395(10236), 1543-4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31028-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31028-X)
- Castro Uribe, N., Rojas, J. F., Cárdenas, J. E. y Casallas Morales, N. (2021). El atleta y la salud: Una reflexión en torno a la corporeidad. *Jangwa Pana*, 20(2), 284-302. <https://doi.org/10.21676/16574923.4280>
- Cifuentes, M. P., Rodríguez-Villamizar, L. A., Rojas-Botero, M. L., Álvarez-Moreno, C. A. y Fernández-Niño, J. A. (2021). Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study. *J. Epidemiol Community Health*, 75(7), 610-5. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-216275>
- Crook, H., Raza, S., Nowell, J., Young, M. y Edison, P. (2021). Long covid—mechanisms, risk factors, and management. *BMJ*, 374(1648). <https://doi.org/10.1136/bmj.n1648>
- DANE. (2021). Estadísticas Vitales – EEVV. Nacimientos y defunciones. Cifras oficiales II trimestre año 2021pr, acumulado 2020pr, año corrido 2021pr. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre_estadisticasvitalas_IITrim_2021pr.pdf
- DNP. (2016). Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993-2014. Documento de Trabajo N.º 2016-1. Recuperado de [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-\(1\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-(1).pdf)
- Escobar Jiménez, K., Díez Jiménez, A. y Caselles-Osorio, A. (2021). Especies invasoras, salud y conocimientos en un humedal tropical: estudio interdisciplinario en la Ciénaga de Santo Tomás. *Jangwa Pana*, 20(2), 259-83. <https://doi.org/10.21676/16574923.4279>

- Henley, P., Igihozo, G. y Wotton, L. (2021). One Health approaches require community engagement, education, and international collaborations—a lesson from Rwanda. *Nature Medicine*, 27(6), 947-8. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01350-5>
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- INS. (2021). Colombia tiene una seroprevalencia alta. Boletín de Prensa Instituto Nacional de Salud. Minsalud.
- Krahn, G. L., Robinson, A., Murray, A. J. y Havercamp, S. M. (2021). It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. *Disability and Health Journal*, 14(4), 101129. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101129>
- Linardelli, M. y Anzorena, C. (2021). Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangwa Pana*, 20(2), 206-24. <https://doi.org/10.21676/16574923.4177>
- Martínez Dueñas, W. A. (2021). Crisis sanitaria y universidad. *Jangwa Pana*, 20(1), 7-9. <https://doi.org/10.21676/16574923.4369>
- Martínez-Dueñas, W. A. y Perafán-Ledezma, A. L. (2021) El enemigo invisible o las múltiples existencias del bicho una fábula profética. Claudia María Maya Franco, Gladys Lucía Acosta Valencia, Álvaro Alfonso Acevedo-Merlano y Joseph Livingston Crawford-Visbal (compiladores). 1. ed. La Plata, Argentina: EDULP.
- Mercado-Reyes, M., Malagón-Rojas, J. N., Zapata, S., Rodríguez-Barraquer, I., Toloza-Pérez, Y. G., Wiesner, M., ...Ospina-Martínez, M. L. (2021). Sero prevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies in Colombia, 2020: a population-based study. En prensa.
- Mol, A. (2003). *The body multiple*. Duke University Press.
- Moreno Martínez, D. M., Urrego Mendoza, Z. C., Vásquez Londoño, C. A. y Piñeros Cortés, G. (2021). Respuestas comunitarias mediante productos vegetales ante problemas auditivos en población afrocolombiana rural superviviente de artefacto explosivo improvisado. *Jangwa Pana*, 20(3). <https://doi.org/10.21676/16574923.4386>
- Piedrahita Forero, M. C. y Tabares T., R. E. (2021). La construcción social de la “enfermedad de los nervios”: un síndrome cultural consecuencia de las violencias del conflicto armado sufridas por individuos de tres poblaciones rurales del Suroccidente de Colombia. *Jangwa Pana*, 20(2), 225-58. <https://doi.org/10.21676/16574923.4250>
- Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., ...Steves, C. J. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature Medicine*, 27(4), 626-31. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y>
- Vanhove, M., Hugé, J., Janssens de Bisthoven, L., Keune, H., Laudisoit, A., Thys, S., ...Antoine-Moussiaux, N. (2020). EcoHealth reframing of disease monitoring. *Science*, 370(6518), 773. <https://doi.org/10.1126/science.abe8239>
- Wang, C. C., Prather, K. A., Sznitman, J., Jimenez, J. L., Lakdawala, S. S., Tufekci, Z. y Marr, L. C. (2021). Airborne transmission of respiratory viruses. *Science*, 373(6558), eabd9149. <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>
- Zhang, M. (2021). Writing against “Mask Culture”: Orientalism and COVID-19 Responses in the West. *Anthropologica*, 63(1), 1-14. <https://doi.org/10.18357/anthropologica6312021327>