



**Las enfermedades que azotaron a la Sultana del Valle en 2009 y 2010:
Urgencia manifiesta por dengue y pandemia por influenza AH1N1.**

Trabajo de Grado

José Alejandro Arango Londoño

Director

Diego Cagüañas Rozo

Universidad Icesi
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Antropología
Santiago de Cali
2011

Agradecimientos

Alguien me enseñó que el texto posee una historia detrás de sus páginas, en las manos de quien escribe. Quisiera dedicar este momento, el último cronológicamente y el primero en orden secuencial, para dar los merecidos créditos a quienes fueron parte de este proceso, cuyo resultado final es este cúmulo de párrafos. Indirectamente y directamente estuvieron, y no me parece necesaria ninguna distinción entre estas dos formas de participar.

A mi mamá y a mi papá, que nunca vieron problemático que me decidiera por la antropología y no por ingeniería de petróleos o alguna de las otras muchas que hay. Luisa, mi hermana, quien sabía que estaba escribiendo ‘la tesis’, pero aun así interrumpía mi concentración para que opinara sobre sus dibujos. Todos tres sintieron lo que es escribir una tesis, no técnicamente, sí a través de mis episodios histéricos recurrentes; también quienes, estoy seguro, notaron la transformación de una obsesión con los números en una pasión por las palabras.

A mi director, Diego –o Cagüeñas–, que me dio las libertades y constricciones suficientes y necesarias. Quien además propició las condiciones para que todo esto fuera antropológicamente posible. Más que a leer Foucault o escribir con puntuación adecuada, me mostró los caminos marginales, tan interesantes como desafiantes. Se lo agradezco mucho, y también le agradezco las minuciosas correcciones. A Pilar, que no debe saber siquiera cuál es el tema que trabajé, aunque la recordé mucho mientras escribía, recordé el diario de campo ‘calificable’ y el tornillo. Inge, que me enseñó a caminar cuando apenas sabía gatear, eternamente agradecido por el tiempo, aunque yo haya decidido recorrer por otros lugares ya no tan cercanos. Profesor Londoño, sus consejos esporádicos y repentinos ayudaron a encontrar más preguntas.

Natalia, La Triana, vos importaste a mi vida la literatura: le imprimiste emociones a mi existencia. Sólo cuando haya música para dedicar, sentiré tu ausencia en cada rincón. Me diste el amor (social total). Lorena, diversión sin fin y de todas las formas posibles, ciertos lugares de la quinta siempre evocarán tus gestos en mi memoria. Andrés, los planos irreales nos llevaron por este extenso recorrido que me agrada terminar con vos, al mismo tiempo.

Sebastián González, gracias por la paciencia ante mis redundantes y eternas preguntas sobre lo mismo, ayudó mucho. También las explosiones fueron importantes y me aclararon cosas técnicas de funcionamiento de aquellos lugares. Personas de la Secretaría de Salud cuyos nombres no ‘debo’ mencionar: permitieron la existencia también de esto al colaborar con su tiempo, con su dedicación y con su asombro por mi trabajo, dada mi formación. Fueron abriendo las posibilidades, más de las imaginadas, ante algo que parecía irrealizable, ante algo que se veía inexistente.

Por todos ustedes, de todas las maneras, fue posible este proceso. De nuevo, a todos, gracias.

Índice

Introducción	1
Encuadre conceptual.....	2
Fuentes.....	4
Argumentos centrales.....	6
Estructura	7
Uno: Salud Pública en Cali.....	9
Institucionalización de la salud pública	10
Higiene y salud pública en Colombia	10
El Instituto de Higiene Social de Cali.....	12
La salud como bienestar.....	15
Descentralización de la salud pública.....	21
La década de los noventa y el “negocio de la salud”	24
La década de los noventa en la salud pública de Cali.....	26
Salud pública en Cali a inicios del siglo XXI	31
Dos: Emergencia Sanitaria por Dengue en Cali	39
Biología del dengue.....	39
El zancudo del dengue	41
Virus del dengue	45
Trayectorias del dengue	45
Reemergencia y reinfestación por dengue.....	49
Epidemias de dengue en Cali	53
Estrategias de lucha contra el dengue.....	67
La “urgencia manifiesta” por dengue en Cali	74
Conductas saludables contra el dengue	85
Tres: Pandemia por Influenza AH1N1 en Cali	90
Biología de la influenza.....	90
Pandemias de influenza	97
La pandemia por influenza AH1N1 y sus antecedentes	101
La llegada de la influenza porcina/humana a Colombia.....	106
Pandemia por influenza humana en Cali.....	117
Estrategias de combate contra la influenza	124
La batalla contra el AH1N1 en Cali.....	131
Tácticas de bioseguridad	139
Higiene de las muestras de virus.....	139

Higiene del personal médico y del paciente	141
Aislamiento social voluntario	143
Higiene de la tos.....	144
Higiene de manos.....	145
Epílogo: Enfermedad y Orden Social.....	148
Enfermedad y microbios	152
Higiene y salud pública	154
Lo limpio, lo sucio. El aire, el agua.	158
Conclusiones.....	163
Bibliografía	169

Introducción

Este es un trabajo sobre la salud pública en Cali, y para hablar sobre este fenómeno, se ha recurrido a la enfermedad como fenómeno social, concretamente a dos episodios de cierto interés en la ciudad: la urgencia manifiesta por dengue en 2010 y la pandemia por influenza humana en 2009. La enfermedad será entendida como algo más que un proceso biológico, aunque esta dimensión no será descartada, pues se presupone una conexión entre ello y las estrategias de prevención. Se tienen en cuenta las prácticas y construcciones discursivas por parte de las instituciones médicas y sanitarias¹ para llegar a reconstruir un contexto social más articulado. De este modo, la enfermedad se nos revela como una estrategia de construcción de políticas sanitarias e intervenciones en el espacio urbano, tanto físico como social. En ambos casos, la aparición de estas epidemias tiene que ver con la percepción de estos males como tales, es decir, cuando la dolencia se ha problematizado y se ha transformado en materia de interés de la salud pública². Por estas razones, la investigación ha enfatizado en un nivel más colectivo e institucional de las políticas de salud que tienen como objetivo la población en su conjunto, de alguna entidad territorial, en este caso, Cali.

El estudio de la historia sociocultural de las enfermedades constituye una perspectiva reciente, según Diego Armus, en la que sociólogos, antropólogos, demógrafos, historiadores y otros, se han dedicado a hablar sobre estos fenómenos médicos, aprovechando para aproximarse a la realidad social, desde otro punto de vista, llegando a abordar otros tópicos que se consideran aislados de la medicina o de la enfermedad como hecho meramente biológico³. Característico de estas dos episodios en la ciudad es que no afectaron masivamente a la población, pero razones culturales, políticas o económicas, bajo la égida del saber médico y de la trascendencia imputada a la salud, transformaron estos problemas en asuntos nacionales e, inclusive, mundiales. Paradójicamente, otras enfermedades, como la tuberculosis o la malaria, no logran movilizar la magnitud de recursos de todo tipo que las enfermedades que acá nos conciernen. Al final, se produce la sensación de que aquellas enfermedades que cobran más vidas a la ciudad o a la nación, no son un problema colectivo, mientras que las primeras, discursivamente construidas como males que atentan contra la especie humana, adquieren una relevancia casi indiscutible. Aquí pretendemos mostrar la importancia de estas dos enfermedades en la ciudad, que son mucho menos graves que otros males que aquejan a los habitantes de Cali, pero que fueron percibidas como los episodios más críticos de salud pública de los últimos dos años (aunque el dengue revele una trayectoria más antigua, desde inicios de los noventa).

En el caso de Cali, la *tropicalidad* es un asunto que no puede ser olvidado, es ésta una marca que la ciudad habrá de lucir, y que implica condiciones desfavorables para la salud, y favorables para el contagio y la propagación de epidemias. Con su templado clima, Cali

¹ Armus, Diego. *Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna*. En: Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005. p. 13-14.

² Rosenberg, Charles. *Framing disease: Illnes, society, and history*. En, Rosenberg, Charles; Golden, Janet (Eds.). *Framing diseases. Studies in cultural history*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992. p. xiii.

³ Armus, Diego. Op. cit. p. 16.

padece el mal de tener la imagen de una ciudad endémica por dengue, por ejemplo, idea con la que lucharán los funcionarios de salud en cierta medida. No será la condición tropical la única que afectará las condiciones sanitarias de la ciudad; junto a los males del trópico, están los males de la urbanización y la industrialización⁴, siendo el primero de estos el que más nos compete, pues los flujos constantes de personas y mercancías se tornarán en una fuente de riesgo para los habitantes. Los virus serán percibidos como males que se traen de fuera, al tiempo que el contacto urbano incrementa las probabilidades de contagio y de expansión del mal.

Encuadre conceptual

Algunos enfoques antropológicos sobre la salud pública se concentran en el estudio de los comportamientos y las prácticas de ciertos sectores específicos de la población urbana, o de comunidades rurales e indígenas⁵, o en las representaciones que estas personas se hacen sobre las dolencias, con el fin de reconstruir las formas de participación social en salud⁶. Estos encuadres teóricos se preocupan por construir nuevas estrategias de comunicación social en salud, con el fin de hacer más efectivas y menos desiguales las relaciones entre médicos y pacientes o comunidad objetivo⁷. Así, la acción del profesional de la salud dentro de la comunidad debe re-pensarse en términos semiológicos para que el uso adecuado del lenguaje permita llegar a un nivel de mayor profundidad y equidad en las poblaciones, contribuyendo a forjar mejor canales de comunicación que sean más participativos⁸. Otros trabajos desde la antropología enfatizan en las explicaciones simbólicas de procesos curativos y terapéuticos dentro de comunidades indígenas, buscando establecer diferencias entre estas prácticas y representaciones, y aquellas que tienen un origen y tradición más occidental⁹. Esta línea de estudios, pues, se ha preocupado más que todo por una perspectiva simbólica de formas-otras de vivir y pensar la salud en ciertas comunidades, pero también ha enfatizado en pensar nuevas estrategias de *pedagogía* de las comunidades, con el fin de generar un mayor impacto en estas poblaciones, asegurando la adquisición de buenas prácticas en salud, apelando a la reivindicación del respeto de los funcionarios de salud hacia los sujetos intervenidos y viceversa¹⁰. Más allá del encuadre simbólico, esta línea de pensamiento en salud pública en Colombia, tiene una fuerte inclinación hacia la antropología aplicada como forma de incidir en la vida de los sujetos.

⁴ *Ibid.*, p. 30.

⁵ Mariño, Consuelo; Hernández, Mario. *Antropología e historia local: aportes para el trabajo epidemiológico*. En: Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa; Garay, Gloria (Comp.). *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, s/f. p. 28.

⁶ *Ibid.*, p. 36.

⁷ *Ibid.*, p. 39.

⁸ *Ibid.*

⁹ Pinzón, Carlos; Garay, Gloria; Suárez, Rosa. *Lo cotidiano cultural. Una modalidad chamánica de curar*. En: Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa; Garay, Gloria (Comp.). *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, s/f. p. 137.

¹⁰ Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa; Garay, Gloria. *Políticas de la memoria y estrategias de la biodiversidad*. En: Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa; Garay, Gloria (Comp.). *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, s/f. p. 159.

Estas aproximaciones teóricas y metodológicas son claramente funcionales para los intereses de este grupo de investigación o esta línea de estudios, sin embargo, para este trabajo, que pretende hablar en un sentido más amplio de la ciudad y no de sectores de población específicos, se hacen necesarios otros enfoques que permitan una mirada más ‘global’. Una de las opciones tiene que ver con un análisis pegado al concepto de *biopolítica* formulado por Michel Foucault. No obstante, como lúcidamente observa Eduardo Kingman, el contexto histórico de los trabajos en Latinoamérica es diferente, temporal y espacialmente. En adición, en nuestros países, los dispositivos disciplinarios que tanto interesan a Foucault, fueron más un experimento que una realidad generalizada¹¹. Esto no implica, por otro lado, que debamos desechar a Foucault de nuestra biblioteca, sino que debemos leerlo con cuidado, pero aun así, leerlo. Este trabajo, entonces, tomará en cuenta los aportes de Michel Foucault sobre la biopolítica, no para calcar el concepto en otro espacio-tiempo, sino como herramienta analítica, que nos habla sobre la administración de la vida de las poblaciones de maneras específicas, a través de la gestión del bienestar, la raza, y el cuerpo social desde el Estado¹². Para complementar esta visión, haremos uso de la perspectiva de Didier Fassin sobre la enfermedad, la salud y las políticas públicas en salud. Según Fassin, constituye un desafío para las antropologías contemporáneas pensar en la salud pública en su dimensión más técnica y banal, donde lo administrativo camufla lo moral, donde todo parece más trivial e incuestionable; es precisamente aquí donde se requiere un trabajo de interpretación mayor¹³.

Estas visiones sanitaristas, dice Fassin, tocan dimensiones corporales, médicas, jurídicas, morales, urbanas, cívicas e intelectuales que deben ser desentrañadas para comprender más ampliamente ese fenómeno de la salud pública contemporánea¹⁴. Esta salud pública, común para todos, convoca a diferentes profesionales en pos de resolver alguna situación que se torna problemática. Este tipo de fenómenos permite hablar sobre la realidad social, más allá de la propia enfermedad o de la mera política sanitaria¹⁵. Fassin también tiene en cuenta las condiciones globalizadas del mundo en las que se arrastra también a la salud. De este modo, las políticas sanitarias, incluso en un barrio recóndito, están siempre articuladas a relaciones de fuerza internacionales¹⁶. El mejor ejemplo de esta dinámica son las directrices de organizaciones como la OPS y la OMS, que tienen impacto directo en los programas de prevención y control, tanto del país, como de la ciudad. *Esa antropología histórica de la medicina* que propone Fassin nos permite pensar más ampliamente en la ciudad, a través de las políticas de la salud y de las respuestas que se ha dado a ciertos fenómenos de relevancia médica en la ciudad. El trabajo no discutirá los planteamientos teóricos de estos autores.

¹¹ Cf. p. Kingman, Eduardo. *La ciudad y los otros. Quito 1860 - 1940*. Quito, Ecuador: FLACSO - Universidad Rovira e Virgili, 2006. p. 56.

¹² Foucault, Michel. *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores, 2007.

¹³ Fassin, Didier. *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud*. En: *Revista Colombiana de Antropología*. No. 40. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2004. p. 291-292.

¹⁴ *Ibíd.* p. 293.

¹⁵ *Ibíd.* p. 298.

¹⁶ *Ibíd.* p. 305.

Busca más bien utilizarlos como herramientas analíticas hasta donde sea posible. También por esta razón fueron elegidas las dos enfermedades de las que se hablará posteriormente.

Fuentes

Las fuentes con las cuales se ha construido este trabajo fueron seleccionadas de acuerdo con el enfoque teórico y los intereses de la investigación. Al procurar centrarnos en las políticas sanitarias en materia de salud pública, se han recopilado planes, lineamientos y programas de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Centrarse en un sector o fragmento espacial específico de la ciudad no permitiría elaborar un análisis mucho más amplio sobre lo urbano y sobre la ciudad, que aquí se pretende hacer, sin que ello reste importancia a las producciones de conocimiento mucho más localizadas. Tampoco se pretendía construir un trabajo donde se mostrara la recepción particular de las políticas sanitarias de parte de los sujetos, puesto que para las dimensiones de la ciudad, se convierte en un trabajo gigantesco; se ha decidido centrarse más en los discursos y en las normativas construidas desde el ámbito institucional, arriesgando un poco de especificidad para hablar más sobre el sistema de salud pública que es lo que interesa. Trabajar con buenas prácticas de salud o con pedagogía de las comunidades no fue tampoco el objetivo del trabajo. Varios estudios en esta lógica han sido realizados, y corresponden más a enfoques de la salud pública como disciplina o a corrientes de algún tipo de antropología aplicada. Hacer de los sujetos buenos ciudadanos en salud no fue un fin del trabajo, pero sí un aspecto cuestionable y discutible sobre el cual se hablará.

A usanza del trabajo de Alicia Londoño, esta investigación procura construir un argumento histórico-antropológico a partir de una metodología preponderantemente documental, donde se piensa lo local –la ciudad– a través de procesos complejos para hablar sobre *grandes cuestiones*¹⁷. En este caso, hablaremos sobre la salud como un dominio de la humanidad que ha cosificado la vida misma del ser humano y que la gestiona a través de aparatos y conceptos concretos como la prevención, el riesgo y la vigilancia epidemiológica. Todos estos elementos constituyen aquí ideas a ser re-leídas, interpretadas y etnografiadas. La tarea antropológica consistió en re-pensar estas palabras de alto nivel técnico que circulan en medio de la administración pública y municipal que, en el fondo, no hacen más que delinear las directrices y disposiciones con las cuales se dirige el bienestar y la felicidad de la población bajo la amplia y naturalizada etiqueta ‘salud pública’. La intención de desenmarañar y comprender el cotidiano pero administrativo lenguaje de estas instituciones procura ilustrar cómo hoy la vida humana se torna todavía, y cada vez más, en un elemento a ser protegido, que cuenta con un aparataje enorme de discursos, saberes y prácticas para lograrlo. Se ha acogido la definición de ‘etnografía’ de Jean Comaroff y John Comaroff como un ejercicio multidimensional que incorpora la coproducción del hecho social y una especie de imaginación sociológica para comprender la complejidad de los fenómenos sociales, más allá de la división entre lo deductivo y lo inductivo¹⁸.

¹⁷ Londoño, Alicia. Londoño, Alicia. *El cuerpo limpio. Higiene corporal en Medellín 1880-1950*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008. p. xx-xxi.

¹⁸ Comaroff, Jean; Comaroff, John. *Ethnography on an awkward scale. Postcolonial anthropology and the violence of abstraction*. En: *Ethnography*. Vol. 4, No. 2. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 2003. p. 25-26.

Las páginas que siguen fueron narradas a través de distintos tipos de documentos. Por un lado, están los documentos emitidos desde las instituciones de salud pública, que permitirían develar los planes, proyectos y políticas de salud en cuanto al dengue y a la influenza humana para este caso; pero también sobre las transformaciones de estas instituciones en la ciudad. Se examinaron también documentos académicos, como tesis de salud pública (como disciplina), manuales, circulares y boletines de la alcaldía de Cali, y algunos documentos jurídicos que establecían lineamientos sobre el sistema de salud. En el caso de las enfermedades, se han empleado textos científicos de medicina para comprender las dimensiones biológicas y curativas de la enfermedad, así como manuales y lineamientos de la OPS y la OMS que impactaron directamente en los programas de prevención para responder a estas enfermedades. Este último tipo de documentos permitió ver el flujo de información entre diferentes escalas y el nivel de aplicabilidad y rotación de los modelos de salud entre diferentes países. Para reconstruir los episodios de las enfermedades en la ciudad y para complementar algunos datos, se ha realizado una revisión de prensa del diario El País de Cali, puesto que el énfasis del trabajo recae siempre en la ciudad, aunque esto nos haya implicado ‘irnos’ hasta Washington D.C. dado que las disposiciones de la OPS y OMS provenían de allí. El período comprendido de la revisión de prensa no se centró en los dos años de los brotes de las enfermedades (2009-2010), sino que se amplió hasta 1993, cuando el modelo de la salud pública en el país se descentraliza, al menos jurídicamente, a través de la ley 100 de este año. La fecha tuvo que ver también con un seguimiento de la presencia del dengue a través de un programa de control y vigilancia iniciado este año, y por una serie de episodios de influenza que se fueron presentando en el país, desde 1996.

Los documentos sobre la historia de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y sus diversos nombres anteriores, fueron obtenidos del Archivo Histórico de Cali, pero más que todo a partir del centro de documentación de dicha institución, donde reposan las pocas copias de las escrituras originales del edificio, entre otros documentos. De esta misma institución se obtuvo otro tipo de documentos como estudios desarrollados por profesionales de salud en barrios específicos de la ciudad, e informes de gestión en salud de los últimos años. Para complementar la perspectiva del trabajo, se realizaron cuatro entrevistas abiertas a funcionarios de la Secretaría de Salud Pública Municipal, pertenecientes a diferentes áreas de la institución, de acuerdo con los objetivos e intereses del trabajo. Otro tipo de documentos, menos sistemáticamente trabajados, como comerciales de radio, volantes, vallas y propagandas, han sido también tenidos en cuenta para analizar la construcción mediática de las dos enfermedades en la ciudad.

Ahora, para el caso del dengue contamos con una serie de estudios e investigaciones mucho más amplia por ser una enfermedad con mayor ‘tradición histórica’ en el mundo. Incluso contamos con varios estudios (tesis) de salud pública sobre casos en algunas ciudades del país, y uno que trabaja específicamente sobre un barrio de Cali. En las ciencias sociales, la enfermedad ha sido trabajada por Marcos Cueto en el Perú; en Colombia, contamos con un par de artículos sobre la enfermedad en la capital del país que se puedan inscribir dentro de las ciencias sociales. El caso de la influenza es bien diferente, pues aunque la enfermedad es conocida hace varios siglos, su estudio ha sido más bien relegado, y sólo contamos con

artículos médicos que no se ocupan de las dimensiones sociales de la enfermedad. Tampoco abundan las tesis de salud pública sobre la influenza y no contamos con ninguna para el caso de la pandemia de 2009. En términos generales, es un tema que desde las ciencias sociales ha resultado poco relevante, quizá por sus efectos menos escandalosos. Los textos que tratan la influenza y que no se adscriban únicamente a las ciencias naturales son más bien pocos, y para nuestro caso, el número al que pudimos acceder de estos documentos fue nulo.

Argumentos centrales

La interpretación de los documentos y reflexiones realizadas durante este proceso han permitido desarrollar un conjunto de argumentos centrales en torno a la salud pública. Se insiste en que dengue e influenza sirvieron para ejemplificar la puesta en juego de este sistema de salud pública en dos escenarios algo distintos. Estas diferencias serán evidentes al correr de las páginas, así como cada una de las ideas que mencionaremos a continuación. En primer lugar, podremos decir si, como han planteado algunos investigadores del tema, los modelos de salud pública en países y ciudades del “tercer mundo” responden a exigencias y demandas extranjeras o internacionales; veremos, pues, la dependencia o no del modelo local de salud pública de uno foráneo. Para nosotros, estas respuestas tienen que ver con una atención a los panoramas políticos y económicos exteriores, de los cuales la ciudad, como espacio de confluencia, no puede estar separada. Y no puede no porque no deba, sino porque realmente no es posible. De inmediato, estas demandas nos plantean una segunda cuestión, y es si la salud pública es un instrumento de respuesta a los intereses de ciertos países o de ciertas economías. Aquí veremos que no es útil establecer una relación determinista entre economía y salud pública, sino que estas esferas se inmiscuyen de tal modo que se puede pensar en una especie de consumo de la salud, donde confluyen intereses económicos, pero también preocupaciones por la vida, las poblaciones y el cuerpo social. Planteamos una visión menos determinista de este asunto. Un efecto más de las conexiones del modelo de la salud local con medidas y directrices globales, tiene que ver con la influencia de los medios de comunicación en estos fenómenos. La revisión de informes y de prensa nos permitió examinar el despliegue mediático de los episodios aquí tratados y analizar cómo se produjeron, tanto la urgencia manifiesta por dengue, como la pandemia por influenza humana. Al trabajar sobre estas dos ideas, que son estados de la salud pública del mundo, del país y la ciudad, otra dimensión de la salud pública nos será manifestada. Una dimensión que tiene que ver con la intensificación de la magnitud y la rapidez de flujos de todo tipo: de personas, de mercancías, de información.

Por otro lado, las transformaciones y políticas de la salud pública permitirán observar un ensanchamiento de las acciones realizadas en nombre de la prevención. Se irá develando que el dispositivo parece no combatir tanto las enfermedades como tal, sino más bien luchar por erradicar la amenaza de las mismas. En pos de la prevención, casi cualquier medida de salud pública será legítima, pues lo que se cuida son las vidas, los hombres y las mujeres del territorio, para la prosperidad. Al mismo tiempo, la cura o prevención de las enfermedades evoca una relación de equivalencia entre enfermedad, suciedad y pobreza. En este sentido, los sujetos, casi por antonomasia, de la salud pública son los pobres, quienes son los que están más expuestos a contraer algún mal debido a sus condiciones de suciedad. Esta relación, nos parece, es una herencia del dispositivo higiénico –que aquí no será abordado–, pero que hoy

por hoy se muestra más natural que nunca. No será sólo esto lo que heredará la salud pública de la higiene. La ambivalencia del sentido del agua y del aire será también fundamental. El dengue se encargará de mostrarnos la lucha de la salud pública contra el fluido acuoso, mientras que la influenza humana nos revelará la guerra que emprende el dispositivo contra las corrientes de aire. Ambas sustancias en su versión infecta, por gérmenes, serán blanco de las políticas de salud, aunque de una forma muy silenciosa, casi obvia, que desde antes de la higiene comenzaban a generar inquietud a médicos, químicos y otros tipos de profesionales.

Estructura

Para desarrollar el objetivo central de este trabajo que consiste en examinar el funcionamiento del sistema de salud pública de la ciudad en dos episodios concretos (dengue e influenza AH1N1), el texto se ha organizado en cuatro secciones. La primera tiene que ver con las instituciones de salud pública de la ciudad. Allí se hará una reseña de la constitución de la Secretaría de Salud Pública Municipal tal como se conoce hoy en Cali, con lo que los documentos han permitido. Básicamente, aquí se abordará el proceso de transformación de las instituciones de higiene a las instituciones de salud pública, narrando cómo, desde mediados del siglo XX se va configurando un proceso descentralizador de la salud que, por un lado, otorga responsabilidades, recursos y funciones a las administraciones locales, pero que por otro lado, sigue dependiendo de los avances técnicos y de infraestructura nacionales y de las directrices de salud pública globales. Por último, las transformaciones del sistema de salud en las últimas décadas permitirán ver la importancia que ha ido cobrando el componente preventivo de la salud pública.

La segunda y tercera partes están dedicadas a los episodios de dengue de 2010 y de influenza humana en 2009 en Cali, respectivamente. Para abordar ambas enfermedades, las secciones se han dividido en algunas partes. En primer lugar, se habla un poco sobre la biología de la enfermedad, puesto que nos parece que da pistas para comprender las formas de intervenirla, de controlarla y de prevenir a la población sobre ellas. En segundo lugar, se hace una reseña histórica de la enfermedad como tal y luego de la presencia de la enfermedad en Cali. Después, se abordan las políticas de intervención y control, tanto de las instituciones internacionales (OPS y OMS) como de las locales (Secretaría de Salud Pública Municipal). Finalmente, se cierran estas secciones con las buenas prácticas o hábitos en salud que se inculcan a las personas para combatir o prevenir estas enfermedades. Las dos secciones correspondientes al dengue y a la influenza han procurado ser tratadas del mismo modo, en términos analíticos, para hacer más explícito el ejercicio comparativo que se pretende desarrollar en el trabajo. Mientras pasan las páginas de estas dos fracciones se procurará recordar puntos clave de cada una de las enfermedades para tener siempre presentes las diferencias y similitudes, pues son fundamentales para exhibir las diversas respuestas del aparato de salud pública a cada uno de estos episodios.

Para concluir, el trabajo consta de un epílogo compuesto de dos pequeñas partes. La primera es una comparación mucho más condensada de los efectos en políticas de salud y buenas prácticas de ambas enfermedades en la ciudad. Con esto se pretende enfatizar en las respuestas diferenciadas del dispositivo ante dos eventos aparentemente similares, y que son contiguos en el tiempo, a pesar de las condiciones deficientes de recursos en las que se

presenta dicho dispositivo; siempre con una responsabilidad por cumplir los reglamentos de la OPS y la OMS, de acuerdo con cada caso. La segunda parte del epílogo está constituida por una serie de conclusiones teóricas, a través de trabajos desarrollados por investigadores que han trabajado temas similares. Entre los temas someramente tratados al final se encuentran las diferencias entre higiene y salud pública, el descubrimiento de los microbios, la dicotomía entre lo limpio y lo sucio, y la condición ambigua y ambivalente de los fluidos vitales: el aire y el agua.

Uno

Salud Pública en Cali

Escribir la historia de la salud pública es un objetivo irrealizable en este trabajo, en parte, porque no corresponde con ningún interés específico. El sentido de hablar de salud pública cuando existe una pregunta por las epidemias de dengue e influenza, radica en el marco general que contiene a estos dos episodios pandémicos de la historia de las enfermedades en Cali. Tanto la alerta roja por dengue como la pandemia mundial inminente por influenza AH1N1m en el 2009, sólo son pensables cuando son leídas como problemáticas que competen a la salud pública. Relación de continencia que pareciera ser fácilmente deducible, mas es precisamente esta competencia a la salubridad pública lo que permite que tanto dengue como influenza -así como muchas otras de las enfermedades que constriñen a la Sultana del Valle, y al mundo, en general- se transformen en ejes de intervenciones públicas y estatales. La salud pública es, por mucho, más que una extensión de la medicina a lo público, idea ya trabajada a profundidad por Foucault¹.

Así que el interés de esta primera parte es hacer un rastreo y no una cronología, en la medida de lo posible², de la constitución de la salud pública en Cali, pensándola institucionalmente, pues lo que continuará se centrará en cómo este aparato de salud pública responde a estos episodios epidémicos tan perjudiciales para los habitantes caleños. Para estos fines, no nos es útil ninguna definición de salud pública por ahora, pues esto obligaría a hacer encajar en los conceptos ciertos procesos históricos locales que, tal vez, sólo muy forzosamente caerían dentro del molde. Miraremos cómo la salud pública fue ‘emergiendo’ en la ciudad en su arista institucional y, a partir de ello, veremos la salud pública no sólo como un conjunto de edificios -algunos jamás construidos-, sino también como un conjunto de discursos que dictaminan políticas, medidas de cuidado y buenas prácticas. La lectura de las fuentes revelará que ‘salud pública’ va incorporando con el tiempo distintos ámbitos de la existencia humana e irá configurando una cosa vastísima.

¹ El modelo de la medicina urbana trabajada por Foucault puede ser resumida en cinco puntos: 1) análisis sobre los lugares de aglomeración y amontonamiento; 2) control sobre la circulación de elementos peligrosos como el agua y el aire; 3) la ubicación correcta de los elementos ornamentales y urbanos; 4) la prohibición de la presencia de animales sueltos; 5) situar las edificaciones a través de prescripciones científicas. Más que una medicina a gran escala, el modelo de medicina social o urbana implica una extensión de los saberes médicos y científicos a diferentes ámbitos y condiciones de la vida en las ciudades, de ahí que no busque controlarse solamente los animales callejeros o los lodos inmundos, sino también las grandes concentraciones de personas que se presumen muy peligrosas para la higiene.

² Después del proceso de levantamiento de fuentes documentales sobre el proceso histórico de la conformación de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, se nota que existe un vacío en relación con los documentos correspondientes a la década de los setenta. Según una funcionaria de esta entidad, por algún motivo, los documentos sobre esta institución correspondientes a esta década no existen en ningún archivo de la ciudad.

Institucionalización de la salud pública

Higiene y salud pública en Colombia

Hasta finales del siglo XIX la higiene o salud pública (no interesaba mucho la distinción en ese entonces) estaba constituida por una serie de medidas dispersas y esporádicas que funcionaban episódicamente³. Tal vez por aprender de las experiencias pasadas con la viruela, como dice Renán Silva, o tal vez por una tendencia centralista de la constitución de 1886, se busca crear un aparato de higiene o salud pública más permanente y regular que funcione en todo el país. Con un fuerte carácter centralista en términos de funcionamiento, es creada la Junta Central de Higiene en este mismo año a través de la Ley 30⁴. Ésta misma da origen a las Direcciones Departamentales de Higiene.

Ya en 1913, surge el Consejo Superior de Sanidad, dependiente del Ministerio de Gobierno. La misma ley que crea esta institución, la Ley 33 de 1913, empieza a crear niveles de jerarquización de la salud en el país⁵. Por ella, aparecen las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad y las Comisiones Sanitarias. Las funciones de cada una de estas divisiones y sus acciones empíricas concretas son un poco oscuras en las fuentes consultadas. También surgen dudas en cuanto a su funcionamiento puesto que las denominaciones y las instituciones de salud serán re-estructuradas frecuentemente, cambian tanto de nombre como les es posible. Ocurre también que unas llegan a reemplazar a otras, ocupar sus funciones o las incorporan dentro de sí, es lo que ocurre, por ejemplo, en 1914 cuando la Junta Central de Higiene reemplaza al recién creado Consejo Superior de Sanidad⁶.

Emilio Quevedo explica lúcidamente cómo las preocupaciones por la higiene eran tan marginales a inicios de siglo y se encontraban en tan estrecha dependencia con las políticas económicas y de salubridad estadounidenses, especialmente, con las campañas de erradicación de uncinariosis y fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller⁷, volveremos a este respecto más adelante. Uno de los efectos de estas relaciones de dependencia, dice con mejores palabras Quevedo, es la rotación de las instituciones de higiene entre diferentes ministerios, de acuerdo con los intereses particulares de cada proyecto o administración en curso⁸: La ley 32 de 1918 crea la Dirección Nacional de Higiene que suple las funciones de la Junta Central de Higiene⁹, creada en 1886 y reformada en 1914, pero esta vez será trasladada

³ Silva, Renán. *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*. Medellín: La Carreta Editores, 2007, p. 110; 179.

⁴ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. *La descentralización de la salud en el municipio de Cali 1980-1995*. Tesis (Especialista en Administración Pública). Cali: Universidad del Valle, 1995, p. 3.

⁵ *Ibíd.*, p. 4.

⁶ *Ibíd.*

⁷ Quevedo, Emilio et al. *Café y gusanos. Mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004, p. 194.

⁸ *Ibíd.*, p. 231.

⁹ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. *Op. Cit.*, p. 4

del Ministerio de Instrucción Pública, al Ministerio de Agricultura y Comercio¹⁰. De nuevo, según Quevedo, este tipo de cambios tiene que ver con que en algunos casos se privilegien las medidas de salud en pos de los intereses comerciales –como la higiene de los puertos para garantizar los mercados- y, en otras ocasiones, que se privilegien medidas de salubridad el interior del país para no afectar la mano de obra, motor de la economía del país¹¹. Precisamente en estos tiempos la mano de obra sana será crucial, pues será el comienzo de la década del veinte cuando el café colombiano experimente su *take off*¹² y, con esto, el despegue de la economía del país.

Pero retornemos. En 1923, la Dirección Nacional de Higiene deja el Ministerio de Agricultura y regresa al Ministerio de Instrucción Pública¹³, y dos años después este ministerio pasará a llamarse Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública¹⁴. ¿Cómo comprender este juego de nombres confusos y acelerado? El mismo documento de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali tilda estos cambios como contradictorios, pues no se logra un acuerdo entre dar prioridad a las medidas colectivas o a las medidas individuales y conductuales¹⁵. Y este tipo de reformas continuará. En 1925 la Dirección Nacional de Higiene pasa a llamarse Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública¹⁶. Ésta es más que una mera distinción de nombres, pues integrar higiene y asistencia pública representará un problema en términos de ejecución de medidas y políticas hacia la población. No se estará del todo de acuerdo con que la higiene, pensada para la prevención, esté en el mismo lugar de la asistencia pública, pensada hacia la mitigación de los males ya existentes. En este sentido higiene y asistencia pública son casi esferas contradictorias y opuestas. Sin embargo, la Ley 25 de 1925, genera también una re-estructuración de las instituciones de salud pública del país, pues se crean los niveles Nacional, Departamental y Municipal, hecho que refrenda el centralismo del sistema de salud¹⁷.

La ley 1ª de 1931 hace del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública un ente independiente, el cual permanecerá encargado de las secciones de uncinariasis, higiene general, asistencia pública, lazaretos y el Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez¹⁸. Esto continuará funcionando de esta manera hasta que en 1937 ocurre una nueva reforma en el sistema de salud nacional con la Ley 120 que tendrá impactos mucho más concretos en Cali, que es nuestro interés central.

¹⁰ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992, p. 46.

¹¹ Quevedo, Emilio. Op. cit., p. 204.

¹² Bejarano, Jesús Antonio. “El despegue cafetero (1900-1928)”. En: Ocampo, J. A. (Comp.). *Historia económica de Colombia*. Bogotá: Siglo XXI Editores, pp. 173-208.

¹³ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992. p. 46.

¹⁴ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 4.

¹⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992. p. 46.

¹⁶ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 4.

¹⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992. p. 46.

¹⁸ *Ibid.*

En la tercera década del siglo XX ocurren en Cali, o para Cali, dos hechos fundamentales en materia de salud pública. Por un lado, la ley 120 de 1937 denota el inicio de un largo y tortuoso proceso de descentralización de la salud en el país¹⁹. Esta ley dictaminaba la creación de las Direcciones Municipales. Y por otro lado, con el Acuerdo No. 44 de 1938, nace el Departamento de Higiene y Asistencia Pública de Cali. El departamento estaría conformado por: el asilo, la Clínica de Maternidad, la Inspección de Obras Públicas y Aseo, y la Unidad Sanitaria –Saneamiento, veterinaria, protección infantil, vacunación, lucha antivenérea y lucha antileprosa²⁰. El dispositivo de higienización²¹ se encontrará aún presente y regente en cuanto a la construcción de ciudad en el país, respondiendo a cierto ideal civilizado y burgués de ciudad y ciudadanos que se pretendía consolidar²². El aparato o dispositivo higiénico, englobaba variopintas preocupaciones e intervenciones sobre el espacio urbano y los sujetos que lo habitaban. Cali no sería ajena a este proceso, dichas medidas de higiene respondían también a cierto orden moral que condenaba ciertos vicios como el alcoholismo y la prostitución, leída en las políticas, como las luchas antivenéreas. Importante es retornar al nombre de la institución creada en 1938 donde se ubican en un mismo plano la asistencia pública y la higiene social. La separación de estas dos esferas tendrá un impacto fundamental en la definición de lo que es pertinente a la salud pública y lo que se ubica fuera de ella; mientras tanto, ambos permanecerán hermanados.

El Instituto de Higiene Social de Cali

Quizá una de las pretensiones más trascendentales en materia de higiene social en Cali tuvo que ver con la firma de los acuerdos 43 y 44 de 1938, donde el Municipio dictamina las normas para la creación del Instituto de Higiene Social de Cali, del cual sólo queda una foto de su maqueta, pues nunca fue llevado a cabo tal y como fue planeado. De todas maneras, el lote que se compra y se cede para la construcción de este edificio es el mismo en el que se encuentra ubicada la actual Secretaría de Salud Pública Municipal. Las disposiciones que se dictan en estos dos acuerdos manifiestan el carácter de las preocupaciones al respecto de la higiene social en dicho momento en la ciudad y, más ampliamente en el país. Recordemos que estos institutos municipales se crean por orden nacional que buscó crear estos niveles en cada uno de los territorios.

Esta Unidad Sanitaria en Cali estaría encargada de una serie de servicios públicos en la ciudad que responden totalmente a los frentes centrales del dispositivo higiénico que ya hemos mencionado. Saneamiento rural y urbano, campaña antivenérea, control de aguas y alimentos, servicio veterinario y, claro, campañas contra epidemias y endemias tropicales²³. Estas intenciones coinciden también con el tipo imperante de preocupación nacional en

¹⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración* – OPS/OMS. Cali, 1989, p.30.

²⁰ *Ibíd.*

²¹ Noguera, Carlos Ernesto. *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Cielos de Arena-Fondo Editorial de la Universidad EAFIT, 2003, p. 125-126.

²² Pedraza, Zandra. *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Universidad de Los Andes, 1999, p. 29.

²³ Acuerdo 43 de 1938 de Santiago de Cali, p. 1.

términos de salud pública. Quevedo lo hace explícito al exponer que son las enfermedades tropicales las que agrupan las estrategias de control en el país y, más ampliamente, en Latinoamérica²⁴; su enfoque le hace pensar que son siempre las medidas económicas las que dictaminan las acciones en materia de salud, por tanto, será ante la fiebre amarilla y la malaria contra las que estas políticas actuarán. Otro rasgo importante de este discurso higiénico está asociado a su pleno carácter moral que buscaba erradicar dos grandes vicios de los colombianos: el alcoholismo y la prostitución²⁵. El primero asociado a la mala conducta y el degeneramiento intelectual, y el segundo asociado al adulterio y la práctica del sexo como trabajo inmoral casi que por definición que resultaría en el degeneramiento racial y moral²⁶. Desde luego, el instituto también incorpora otro tipo de dominios menos obvios como la veterinaria, pero cuando se traen a la memoria los distintos episodios de hidrofobia²⁷, o de ataques de abejas²⁸ o de ratas²⁹ en la ciudad, comprendemos por qué estas instituciones incluían esto en sus secciones y departamentos.

Sin embargo, sólo hasta 1948 se adquiere el lote para la construcción de dicho edificio y es en este año del que datan las escrituras formales del mismo. A través de la escritura pública No. 45 del 13 de enero de este año, se hacen efectivos los acuerdos 373 y 410 de 1947, en los cuales el Departamento del Valle cede a Cali unos lotes irregulares de 10.230m² para la construcción del Instituto de Higiene Social de Cali. La ubicación de este edificio se pensó de manera estratégica, pues buscaba ser erigido dentro de una zona que a partir del momento (y no se sabe muy bien hasta cuándo) empezará a ser denominada “Ciudad Sanitaria”, la cual comprendería el Hospital Departamental, la Facultad de Enfermería, el Hospital Infantil, el Buen Pastor, la Escuela de Enfermeras y otros³⁰. El proyecto de tener un sector de salud en Cali es más antiguo de lo que podría pensarse usualmente, el problema radicó en su ejecución, que no pudo ser exitosa sino hasta fechas mucho más recientes. Sabemos que nos encontramos aún en un período de transición entre la medicina aerista y la microbiológica cuando las escrituras especifican que el edificio se ubicaría en este lugar para que estuviera alejado de todo ruido y de todo establecimiento insalubre o peligroso, también para que los rayos del sol no golpearan fuertemente las instalaciones del mismo y para que los vientos fuertes fueran evitados por las cordilleras. Por estas mismas razones, se debe garantizar que el edificio esté muy bien aireado e iluminado.

Quisiera nombrar algunas de las secciones con las cuales contaría el Instituto sólo para ilustrar las amplias dimensiones sociales que se adjudican; entre otras cosas, el edificio contaría con: departamento quirúrgico, laboratorios, jaulas para prostitutas (si son prostitutas de nivel social alto, las jaulas serían un poco más reservadas), dentistería, dispensario

²⁴ Quevedo, Emilio. Op. cit., p. 113.

²⁵ Noguera, Carlos Ernesto. Op. cit., p. 172.

²⁶ Pedraza, Zandra. Op. cit., p. 143.

²⁷ Diario El País. *Alarma por aparición de peste de rabia*. Cali, 27 de marzo de 2008.

²⁸ Diario El País. *Más ataques de abejas que incendios en Cali*. Cali, 12 de julio de 2004.

²⁹ Diario El País. *Cali, amenazada por las ratas*. Cali, 4 de abril de 2002.

³⁰ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Documentos históricos: Constitución y construcción del edificio. Instituto de Higiene Social. Cali, Colombia: 1948-1956. Cali, s.f.

(antivenéreo), curaciones e inyecciones³¹. Persiste la preocupación por los olores mefíticos, que en las escrituras quedará muy bien tipificada, pues “se requiere instalación de tubos de ventilación con el fin de evitar totalmente los malos olores”³². Sólo la tesis de Jorge Márquez³³ explicaría la permanencia de estos tipos de pensamientos o saberes, pues por muy a inicios de siglo que haya llegado la medicina pasteuriana al país, hubo un proceso de recepción de la misma en el que se produjo una mistura entre ambas posiciones científicas, aunque éstas fueran por definición opuestas. Se produjo esta especie de “limbo” en el que se creía en la existencia de microbios (que en teoría desmentirían los miasmas u olores pútridos), pero al mismo tiempo se tomaban precauciones con los malos olores y se pretendía erradicarlos o evitarlos a toda costa, a través de la orientación y disposición geográfica más apropiada de los edificios y la aireación e iluminación de los mismos.

Existe un punto que llama mucho más la atención sobre la fundación de este instituto. Las escrituras públicas de este edificio explicitan que su sentido original era servir a la campaña antivenérea de Cali. Tal vez por esto, una de las secciones más escalofrantes por su descripción tan minuciosa son las jaulas para prostitutas ahora mencionadas³⁴. La lucha antivenérea en Cali, abanderada por el Instituto de Higiene Social en Cali, estaba apoyada en cuatro puntos cardinales: 1) la hospitalización y dispensario, 2) el servicio de laboratorio, 3) el adiestramiento, y, 4) la campaña educativa y de divulgación³⁵. Muy medicalizada al parecer, la campaña antivenérea sigue contemplando el aislamiento de hombres y mujeres como principal medida de cuidado. Renán Silva ya ha mostrado que el aislamiento constituye el mecanismo tal vez más antiguo y utilizado para combatir las enfermedades desde el siglo XVIII en el entonces virreinato de la Nueva Granada³⁶. También, Laura Ávila mostró, para el caso de Cali, que la lucha antivenérea es un tópico problemático desde antes de la fundación de este edificio en la ciudad, pues desde 1924 se regulariza en la ciudad el funcionamiento del Dispensario Antivenéreo, con el fin de regular el contagio de estos males y a los sujetos causantes del problema: las prostitutas³⁷. Ni la aparición de la higiene ni de las campañas antivenéreas con análisis médicos y de laboratorios elimina esta práctica preventiva (¿o curativa?). ¿Qué tanto podemos hablar de rupturas en estos saberes médico-sociales? Lo que

³¹ Ibid.

³² Ibid.

³³ Márquez, Jorge. *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteuriana en Antioquia*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2005, p. 60.

³⁴ Existían dos tipos de jaulas para prostitutas. Unas para las mujeres públicas más reservadas o de alto nivel social, y otras para las de bajo nivel social, que eran recogidas en zonas de tolerancia, como restaurantes, hospedajes y galerías. Las jaulas sólo contarían con sanitarios, nada de duchas ni lavamanos, posiblemente para evitar flujos de fluidos peligrosos, que transportarían las enfermedades venéreas a través de estos conductos. Las descripciones de estos lugares son más detalladas en las escrituras originales del Instituto de Higiene Social de Cali, el cual contaría con todos estos espacios para profilaxis social.

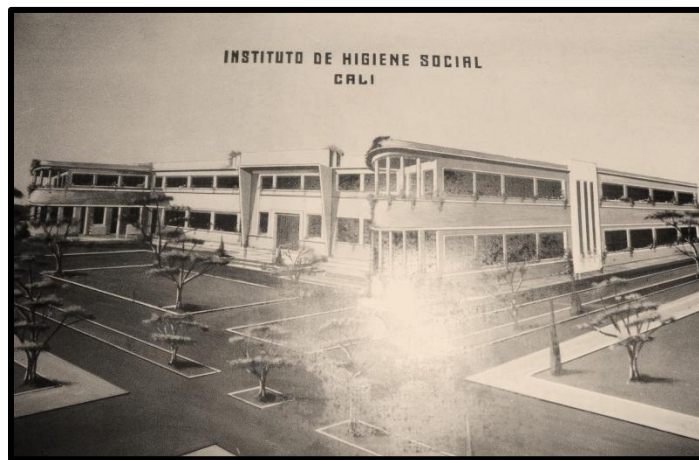
³⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Documentos históricos: Constitución y construcción del edificio. Instituto de Higiene Social*. Cali, Colombia: 1948-1956. Cali, s.f.

³⁶ Silva, Renán. Op. cit., p. 24-25.

³⁷ Ávila, Laura Paola. *La prostitución en Cali a principios del siglo XX: un problema de grandes dimensiones para la salud y la higiene*. En: *Prospectiva*, No. 13. Colombia: Universidad del Valle, 2008. p. 16.

ha ocurrido más bien es una superposición de conocimientos donde hasta las antípodas, en términos de saberes, pueden coexistir sin mayores turbiedades.

Para terminar esta sección sobre el Instituto de Higiene Social de Cali, interesa ver algunas de sus políticas o estrategias de intervención, aparte del aislamiento ya mencionado. Además de los exámenes de laboratorio, el adiestramiento de personal médico y la campaña educativa y de difusión representan gran interés para este trabajo. La primera, básicamente, porque se refiere al cultivo de nuevas técnicas y profesiones que aparecen específicamente para la atención de enfermedades, problemas o epidemias específicas. Veremos que para cada una de las epidemias que nos conciernen aquí aparece un conjunto de saberes técnicos particulares, que, aunque todos pueden incluirse dentro del saber médico, emergen a causa de un episodio concreto de alguna enfermedad específica para tratarla. Por otro lado, las campañas de difusión y promoción, a mediados de siglo en el Instituto estaban constituidas por conferencias a cargo de profesionales de la salud y por difusión en medios de comunicación. Casi como un sueño de la ciudad, el edificio se imaginaba como una efigie de la higiene. La siguiente ilustración muestra la maqueta del Instituto de Higiene Social de Cali, exactamente como la administración municipal se lo imaginaba, aunque jamás se materializara como en la fotografía. Tal como hoy, aunque ciertamente contamos hoy con otros mecanismos de más amplia difusión, como internet. En todo caso, esta estrategia de combate de las epidemias, que radica en la promoción de buenas prácticas es un punto central y no tan novedoso de las políticas de salud pública –o de higiene en estos momentos-. Educar a las gentes sobre la prevención de las enfermedades se irá prefigurando como una de las tácticas centrales de la salud pública. Será esto más evidente cuando la OPS oriente a los países miembros a organizar estrategias efectivas para ilustrar a los ciudadanos sobre las buenas maneras de evitar criaderos de dengue o la meticulosa técnica de lavado de manos contra la influenza AH1N1.



La salud como bienestar

A finales de la década de los cuarenta, se produce una interesante transformación en el sentido de la salud pública para el Estado, el intervencionismo estatal comienza a ver la salud pública como “una función fundamental del Estado: procurando el bienestar de la

comunidad”³⁸. Construir la salud como pilar de intervención estatal será la directriz fundamental de todos los cambios posteriores en el país y que, por obvias razones, tendrán un impacto en la organización de la salud pública en Cali.

En esta misma década, en 1946 exactamente, aparece el Ministerio de Higiene en Colombia, y se crean el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión Social³⁹. El ministerio se encargó de los servicios preventivos, mientras que los hospitales tendrían a cargo las labores curativas. Las últimas dos instituciones estarán encargadas del cuidado de la salud de los trabajadores. La distinción entre prevención y cura es aquí crucial, pues recordemos que una de las transformaciones fundamentales de la higiene –o su surgimiento– a finales del siglo XIX y comienzos del XX, radica no sólo la permanencia de las medidas, ya no espontáneas, sino sobre todo en su carácter preventivo⁴⁰, que no responde sólo a las crisis, sino que busca establecer controles regulares para estar preparados ante cualquier epidemia o epizootia que pudiera ocurrir en el territorio nacional.

Según el informe sobre la municipalización de la salud en Cali, la participación de la Universidad del Valle, fundada en 1945, en el proceso de integración de servicios curativos fue fundamental para el desencadenamiento de un proceso de desarrollo administrativo⁴¹; este proceso culminará en la transformación de la Dirección Municipal de Higiene de Cali en la Secretaría de Higiene Municipal de Cali⁴². Cambio que no se mantendrá por mucho tiempo más, pues para inicios de la década de los sesenta, dicha secretaría tomará su nombre actual: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Aquella distinción entre lo curativo y lo preventivo marcará un problema de administración de la salud en la ciudad al no permitir una atención integral a la comunidad. Por ello, en 1957 y 1958 se celebra un contrato entre la Unidad de Salud del Valle y la Universidad del Valle, con el cual se crea el Centro Hospital Piloto, administrado por la universidad⁴³. Con esta medida, se dice, se logran articular los servicios preventivos con los curativos en la ciudad. Sin embargo, unos años antes, en 1953, la Dirección Municipal de Higiene, se ha transformado en la Secretaría de Higiene Municipal⁴⁴.

La década de los sesenta marcará una serie de cambios fundamentales en términos de la gestión de la salud pública en Colombia. Aparece una serie de lineamientos nacionales que dictaminarán un conjunto de reformas, como era de esperarse, en las instituciones de salud. Entre los más importantes está la instrumentalización de la planificación en la salud, que fue

³⁸ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 6.

³⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 1. Cali, 1989, p. 32

⁴⁰ Márquez, Jorge. Op. cit., p. 22.

⁴¹ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 6.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 1. Cali, 1989. p. 32.

⁴⁴ *Ibid.*

llevada a cabo con métodos de la OPS⁴⁵. La intromisión de la planificación en la salud indica la incrustación de un nuevo saber muy particular en la salud pública. Aunque Eduardo Kingman sólo lo menciona brevemente⁴⁶, al pensar una salud pública con métodos de planificación nos enfrentamos a un conjunto de saberes mucho más complejo que la medicina social o de Estado que definía Michel Foucault y que Jorge Márquez comparó exitosamente con el caso de Medellín. Podríamos decir que en la década de los cincuenta nos encontrábamos con esta medicina social que enracimaba distintos ejes sociales o de la vida: la limpieza, la higiene, el ornato, la salud mental, la seguridad alimentaria, etc. Sin embargo, los saberes predominantes eran los científicos y médicos; cuando hablamos de planificación en la salud nos estamos adentrando en otro tipo de saber muy diferente: el saber administrativo.

Sugiero, solamente, por evidencias en las trayectorias de la salud pública, que durante esta década, en Colombia al menos, comenzaba a asomarse un nuevo tipo de conocimiento que transformaría la visión de la salud pública. Aquel saber administrativo, apoyado en la planificación, la eficacia, la eficiencia, la gerencia y la gestión, introduce nuevos puntos de vista sobre el direccionamiento de la salud. No considero absolutamente para nada aislado que con el auge y la incorporación total de este tipo de saberes se llegue, en la década de los noventa, a una descentralización del modelo de la salud del país, erigido en un concepto operativizado básico: las Empresas Sociales del Estado. Bastará una mirada a los organigramas de estas nuevas empresas para ver que lo que podría llamarse un “pensamiento administrativo” ha permeado completamente el campo de la salud pública. Como lo ha procurado mostrar esta especie de recorrido histórico, dicha transformación no es producto de los noventa, ni de los ochenta, sino de un proceso mucho más amplio y viejo que, desde poco después de mediados del siglo XX, procuró articular servicios curativos y preventivos en una sola unidad integral. Integralidad que puede ser fácilmente traducida en eficacia y eficiencia del modelo. En la sección sobre la descentralización en los noventa buscaré resaltar los conceptos y estrategias más relevantes de este modelo para exhibir su carácter fuertemente administrativo y gerencial.

El segundo de los cambios importantes de la década de los sesenta en términos de salud tiene que ver con la estructuración de los niveles de atención. Hospitales, centros y puestos de salud serán integrados, ocupando estos dos últimos, niveles de atención más básicos con funciones mínimas⁴⁷. Otros cambios de igual importancia se asocian a la especialización médica en el país, la elaboración del Plan Nacional Hospitalario –el cual aumentaba el rubro de la financiación de los hospitales- y la apertura de la Escuela de Salud Pública de Antioquia⁴⁸. Las transformaciones ocurridas en este período conformarán el panorama institucional perfecto para que en adelante, la salud sea administrada con planteamientos de corte empresarial que permitirán, aún más adelante, un efectivo proceso de descentralización, pues esta “fase del bienestar”, como se denomina en el informe sobre municipalización de la Secretaría de Salud Pública Municipal, representa más un cambio de orientación crucial, que

⁴⁵ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 7.

⁴⁶ Kingman, Eduardo. Op. cit. p. 42.

⁴⁷ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 7.

⁴⁸ *Ibid.*

una verdadera re-estructuración del sistema de la salud⁴⁹. A continuación veremos un poco los efectos de tales cambios en las reformas realizadas en materia de salud pública en Cali.

Finalmente, en 1962, la Secretaría de Salud Pública Municipal adquiere la capacidad de administrar directamente los recursos provenientes del Municipio para fines de salud colectiva⁵⁰, paso fundamental para los inicios de la descentralización en Cali. Más adelante, en 1966, la secretaría de salud es re-estructurada, y se da origen al Distrito de Salud de Cali, el cual buscaba integrar, de manera efectiva, los servicios de salud en la ciudad⁵¹. Proceso que implicaría la conformación de ocho distritos de salud⁵², dividiendo la ciudad nuevamente en términos de salud pública. Seis años después, al creado Distrito de Salud de Cali, se le sumarán cinco municipios vecinos⁵³. Es menester mencionar que el Distrito de Salud de Cali no reemplazó a la Secretaría de Salud Pública Municipal, de hecho, funcionaron al mismo tiempo. El sentido del primero radicaba, más que todo, en integrar los servicios de salud existentes en la ciudad. Como el modelo pretendía una mayor cobertura, se fue expandiendo poco a poco, hasta cubrir cinco municipios vecinos de Cali, como parte de una estrategia efectiva de integración de los servicios de salud.

Siguiendo los planteamientos del Sistema Nacional de Salud, en 1967, la ciudad es dividida en ocho distritos de salud. Política que hace parte de una estrategia nacional de regionalización y sectorización⁵⁴, y que será fundamental posteriormente, cuando en la década de los ochenta, comience ‘en forma’ –una vez más- el proceso de descentralización de la salud. Cinco años después, el Municipio y la Universidad suscriben un convenio donde se busca pensar en un modelo de salud orientado a los grupos de mayor riesgo, para alcanzar altas coberturas y disminuir los costos. Los principios bajo los cuales se regiría este nuevo modelo serían la participación comunitaria y la acción interinstitucional⁵⁵. Estos dos elementos o estrategias serán los pilares de funcionamiento de un modelo de salud que se piensa descentralizado, y articulado total y supuestamente, a las necesidades concretas de las comunidades, de acuerdo con los sectores específicos. Dicho modelo será auscultado posteriormente, pues, para este trabajo, manifiesta una ‘nueva’ transformación en el sentido de la salud pública que, como nunca antes, recurre al sujeto para que participe activamente de su salud y de la salud comunitaria.

Sólo hasta 1974 se crea oficialmente el Sistema Nacional de Salud, cuyo eje central es la visión planificadora de la salud. Será a partir de este momento cuando la salud pública empezará a ser vista como una inversión y no como un gasto⁵⁶. Dicha concepción expresa no

⁴⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992. p. 47

⁵⁰ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 8.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

⁵³ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 9.

⁵⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 1. Cali, 1989, p. 32.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 33.

⁵⁶ *Ibid.*

sólo un cambio en la percepción de la salud por parte de las instituciones sino, más que todo, la penetración de los saberes administrativos que paulatinamente tenderán a construir la salud pública a través de discursos de eficiencia y efectividad. La planificación *per se* puede considerarse como un saber muy particular que consolida las intenciones preventivas de la salud pública. Este dispositivo lleva ya sus décadas pensando en la prevención de todo tipo de afrentas a la comunidad. La planificación incluiría una serie de tácticas administrativas y gerenciales más refinadas con las cuales desarrollar mejores estrategias de prevención. Reitero, este conjunto de saberes administrativos cobrará una mayor fuerza con el tiempo, pero creo necesario evidenciar que no corresponden únicamente a un fenómeno de finales de siglo, sino que al contrario, puede ser rastreado desde mucho antes en intenciones como las del Sistema Nacional de Salud: ver la salud como inversión social.

Más allá de esto, ocurre una vinculación entre desarrollo y salud que hace fundamental la planificación rigurosa en materia de salud pública⁵⁷. Esto no obedece a un hecho aislado del proceso de construcción del Estado, de hecho, “La reforma constitucional de 1968 avanza mucho en el concepto de estado empresarial. A partir de esta reforma, y por la necesidad de ampliación del radio de acción de intervencionismo del Estado, se hizo necesario que en el derecho administrativo se ampliaran los conceptos de servicios públicos y empresas públicas, como las ideas fundamentales en las cuales se cimenta el estado empresarial”⁵⁸. No será este el lugar en el que se discutirán las transformaciones del derecho ni tampoco del Estado colombiano. Basta con notar que a finales de los sesenta nos encontramos con esta reforma que genera, al menos en discurso, una nueva definición del Estado: un estado empresarial. Con base en esto es que se arguye que el pensamiento administrativo –por no decir empresarial- empieza a formar parte del núcleo de los saberes que piensan las poblaciones. No vamos a referirnos a esto como un portento en salud pública, sólo nos interesa rastrear su germen para comprender por qué la salud pública, tal como la vemos hoy, lleva la impronta del ‘negocio social’. No corresponde decir si esto pertenece a la columna del bien o a la columna del mal. Nos corresponde pensar los efectos de este tipo de saberes en las transformaciones de la salud pública y nos compete por una razón principal que ya hemos mencionado al inicio: porque dependiendo de esta visión y estructura de la salud pública, podremos entender los mecanismos e intervenciones que fueron ejecutados posteriormente, cuando la ciudad se vio “azotada” por el dengue y la influenza AH1N1.

Volviendo a los cambios institucionales, a través de “facultades extraordinarias” conferidas al Señor Presidente de la República, se organiza el Sistema Nacional de Salud en 1975, y con la Resolución 5550 se crean las Unidades Regionales de Salud para el Valle, con sede en la ya llamada Secretaría de Salud Municipal de Cali; La particularidad de esta Unidad Regional de Salud radica en la inclusión y articulación con municipios vecinos de Cali, esta institución busca ampliar el impacto y la cobertura de las medidas de salud pública, al tiempo que permite una mirada más relacional de la institucionalidad de la salud, que se enfatizará aún más con el paso de las dos siguientes décadas en la ciudad. Más adelante las diferencias

⁵⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992, p. 47.

⁵⁸ *Ibíd.*

salariales entre los funcionarios adscritos a la Unidad Regional de Salud y los pertenecientes a la Secretaría de Salud Municipal, serán motivo de disputas para formar parte de una nómina y no de otra⁵⁹. Las normativas que justifican estas diferencias salariales no son claras, tampoco contamos con tablas de nómina para establecerlas por nuestra cuenta, sólo sabemos que este fue un motivo de disputa que conllevó a una nueva reforma del sistema de salud.

Veremos que la emergencia de los Niveles de Atención vendrá con la creación de las Áreas Integradas de Salud, ambas producto de la re-estructuración de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali en 1979⁶⁰. Así que la ciudad fue, de nuevo, dividida en regiones de salud. Esta vez fueron cuatro de estas áreas. Los criterios para segmentar la ciudad eran dos principalmente: la situación geográfica y poblacional (aproximadamente, cada una debía contar con 250.000 habitantes)⁶¹. Se pretendía que fueran áreas homogéneas. Cada uno de estos segmentos de ciudad constituían un Área Integrada, y cada una de ellas contaba con un Centro Hospital como sede central y, dependiendo de él, un sistema de atención por niveles (conformado por centros de salud y puestos de salud)⁶². Es con este mismo Decreto, el 1469 de 1979, que se definen estas Áreas Integradas de Salud y los niveles de atención⁶³, los cuales se asocian a la complejidad y gravedad de los tratamientos que requieren los pacientes. De acuerdo con esto, recurrir a un Centro Hospital sólo será necesario cuando las condiciones lo demanden y hagan imposible el tratamiento en niveles de atención menos complejos; de lo contrario, el usuario deberá recurrir al Centro de Salud o Puesto de Salud más cercano, de nuevo, dependiendo de la gravedad de su condición. Es así como, en teoría, debería funcionar el sistema de salud en Cali, que se presume descentralizado. El mapa de la salud de Cali, a través de estas Áreas Integradas de Salud, aparecería como un croquis policéntrico, articulando cada centro hospital a la Secretaría de Salud Pública Municipal; dentro de cada centro, operarían los diferentes niveles de atención, de acuerdo con la gravedad del problema del sujeto. Se acababa de dar un paso de gran importancia hacia la descentralización del sistema de salud en la historia de la ciudad tal como lo habíamos planteado anteriormente.

En la década de los ochenta ocurre una nueva reforma del sistema de salud en la ciudad. En 1987 se crean los Núcleos de Atención Primaria (NAP), que son los mismos Puestos de Salud, pero esta vez, se buscó que la organización de los NAP coincidiera con la división municipal en 20 comunas y 15 corregimientos⁶⁴. Dicha re-estructuración es la que posibilitará unos años después la constitución de los SILOS, de los cuales hablaremos más adelante. Sólo resta de decir que como parte de esta reforma también se crearon las Unidades Básicas de Atención (UBA), que no son más que conjuntos de familias, los cuales son asumidos como el sujeto-objeto de atención del Sistema Municipal de Salud de Cali⁶⁵. Bajo estas nuevas

⁵⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración* – OPS/OMS. Tomo 4. Cali, 1989, p. 93.

⁶⁰ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 10.

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 10.

⁶³ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992, p. 49.

⁶⁴ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 11.

⁶⁵ *Ibíd.*

definiciones y políticas de regionalización de la ciudad se constituye el Sistema Municipal de la Salud en Cali en 1989, a través del acuerdo 25 de este año⁶⁶.

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) fueron una táctica promovida por la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS), con el fin de fortalecer los Sistemas Nacionales de Salud. La aprobación de esta medida tuvo lugar en la XXXIII reunión del Consejo Directivo de esta organización en 1988⁶⁷. La disposición fue acogida con celeridad en Cali particularmente, y hará parte de otra de las sucesivas transformaciones de la organización de la salud en la ciudad, quizá una de las más trascendentales en términos de descentralización del sistema de salud. Parte importante del material documental del archivo de la Secretaría está dedicado al surgimiento, operacionalización y evaluación de este modelo, que tuvo lugar, más que todo, en la década de los noventa. La división de la ciudad en SILOS parecía ser la vía más funcional hacia la completa y eficiente descentralización del sistema de salud de Cali. Con motivo de continuar esta política de descentralización se crea, en diciembre de este mismo año, el Grupo Interinstitucional de la Salud, que constituye un mecanismo alternativo integración de las diferentes instituciones⁶⁸, con el fin de cumplir los objetivos de atención integral de ese modelo de descentralización que se quiere implementar. Por ahora nos interesaron estos cambios institucionales, pues ya en la década de los noventa, con la polémica y popular Ley 100 de 1993, el sistema de salud nacional finalmente hará ‘efectivo’ su proceso de descentralización, por lo tanto, éste merece un mayor énfasis.

Descentralización de la salud pública

El modelo de la descentralización de la salud reposa en una famosa frase –entre especialistas en salud pública- de Virchow de 1849: “La Medicina es una ciencia Social y la Política es medicina en gran escala”⁶⁹. Esta hipótesis sobre la importancia de Virchow está plasmada en un documento institucional producido por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, que buscaba explicar las transformaciones del modelo de la salud en Cali y los cambios al momento de pensar en un sistema de salud completamente descentralizado. En el mismo documento se lisonjean los descubrimientos de Pasteur y Koch especialmente, como los grandes contribuyentes al desarrollo de una medicina preventiva. Después de Pasteur, el enemigo de la medicina será fijo aunque invisible: el microbio; su predecesor, el miasma, representaba un adversario terrible puesto que era tan etéreo como el aire, tan oloroso como los excrementos pero, a la vez, tan incodificable⁷⁰. Al aparecer el microbio, se garantiza un enemigo visualmente real; aunque imperceptible por el ojo humano, los avances médicos permitirán combatirlos y se celebrará en la medicina global grandes logros desarrollados por la tecnología con base en los descubrimientos de Pasteur. Uno de estos grandes triunfos es la

⁶⁶ *Ibíd.*

⁶⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 5. Cali, 1989, p.102.

⁶⁸ *Ibíd.*, p.157.

⁶⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992, p. 41.

⁷⁰ Vigarello, Georges. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. España: Alianza, 1991, p. 253.

erradicación mundial de la viruela⁷¹, una de las más crueles epidemias de los siglos XVIII y XIX en Colombia.

Hablando concretamente del modelo de descentralización de la salud, habrá que tener en cuenta primero las iniciativas de mediados de los ochenta relacionadas con esta intención. Este conjunto de reformas tenía que ver la descentralización política, técnica, administrativa y fiscal que, en últimas, representa una redistribución del poder nacional a lo largo del territorio⁷². Se entendía que dichas reformas darían la posibilidad a los municipios de tener mayor participación y autonomía; pero también se presuponía que las reformas permitirían que los ciudadanos participaran más activamente de las decisiones, a partir de la elección directa de los mandatarios locales y regionales⁷³. En últimas, dichas transformaciones se podían traducir en un aumento de los recursos transferidos a los municipios y también la cesión de responsabilidad de la prestación de algunos servicios públicos a estos entes administrativos. Entre dichos servicios se encontraba claramente la salud colectiva.

Sin embargo, y a muy a pesar de estas reformas, el proceso de descentralización se asocia más directamente con la Constitución de 1991 y un necesario proceso de “modernización estatal”. De modo que la descentralización de la salud es equiparable, o hasta connatural, del proceso de modernización del Estado, de un “nuevo tipo de Estado que se está configurando en Colombia”⁷⁴. Estas medidas, sin embargo, serán la versión final de una serie de intentos por descentralizar la salud del país y establecer entes funcionales en cada uno de los departamentos y municipios. Intentos anteriores existieron, inclusive desde mediados de siglo, cuando se crearon los departamentos y direcciones municipales de higiene social; pero su alcance y operación fueron más bien deficientes. Sólo hasta la década de los noventa puede hablarse de un efectivo y concreto proceso de descentralización de la salud en Colombia, revalidado por la Ley 100 de 1993 que convierte las instituciones de salud en empresas sociales del Estado, las ESE.

Se entienden como empresas porque son organizaciones que poseen ciertos recursos de distintos tipos y que tienen además un objetivo específico⁷⁵; pero además, tendrán que desempeñar un propósito concreto en cuanto al mejoramiento de las condiciones de salud. Como empresas, se presuponen descentralizadas, con patrimonio propio y una administración autónoma que decida por sí misma cómo manejar sus presupuestos⁷⁶. Esta definición que adjudica un carácter plenamente empresarial y administrativo a la salud será crucial para comprender el proceso y el modelo descentralizador de la salud. Pues más que

⁷¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992, p. 41.

⁷² Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Diez años de la salud en Santiago de Cali. 1990-1999*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000, p. 37.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992. p. 42.

⁷⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p. 6.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 18.

una mera redistribución de la capacidad de gestión y manejo de los recursos, lo que nos presentan las ESE es un panorama donde la salud pública está ya totalmente permeada por doctrinas del pensamiento administrativo, que implican dinámicas muy específicas sobre el manejo de este servicio público en concreto. No es el lugar para entrar en discusiones en cuanto a la moralidad o ética de este sistema, sólo interesa señalar este cambio puesto que, en adelante, a la par que por la salud pública se preocupa por la prevención y curación; ahora también tendrá que estar alerta con su efectividad, eficiencia y eficacia.

Además, dicha ley estipulará que la prevención y la ampliación de la cobertura serán los dos pilares de la salud pública en Colombia⁷⁷. Por otro lado, hay que recordar que la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de este marco jurídico, tuvo como fin central “robustecer” a los municipios, definiéndolos como las células democráticas, a través de las cuales se alcanzaría el bienestar colectivo⁷⁸. Aunque los informes de la Secretaría de Salud Pública Municipal indiquen que el proceso descentralizador se inicia en los años ochenta, se nos presentan dos fenómenos importantes a este respecto. Por un lado, los indicios de intenciones de descentralización pueden datarse, inclusive, desde la década de los sesenta, con las medidas anteriormente evocadas en este capítulo; por otro lado, vemos que es sólo hasta los noventa cuando hablar de un proceso de descentralización de la salud, a nivel nacional, pragmáticamente efectivo. Ciertamente, los SILOS representan un gran esfuerzo en este sentido en la ciudad, pero dichas medidas, aunque pioneras, nunca serán suficientes para denotar que la salud pública se ha descentralizado por completo. Sólo con las ESE puede hablarse de una entera estrategia de descentralización, estatalmente aplicada -aun con sus deficiencias- y que, además, se ha mantenido hace ya casi dos décadas.

La descentralización puede definirse como un “proceso de carácter global que supone el reconocimiento de la existencia de un sujeto (sociedad o colectividad) capaz de asumir la gestión de intereses colectivos, dotado de personalidad socio-cultural y político-administrativa”⁷⁹. Pero aunque la misma administración nacional haya dictaminado estas medidas nacionales *efectivas* de descentralización, y específicamente para la salud, pareciera ser una condición ideal que nunca pudiese ser alcanzado en su totalidad. En términos generales, puede decirse que existen tres líneas principales, que no son las únicas, en las cuales se sustenta el modelo descentralizado de la salud: la participación comunitaria, la integralidad y la cooperación intersectorial. Aunque se hagan avances, pequeños o considerables, en estos tres frentes, su concreción parece ser siempre infructífera e insuficiente. Por ejemplo, aún para 2007, Gabriel Carrasquilla, director del Centro de Estudios e Investigación en Salud Fundación Santa Fe de Bogotá, se refería al modelo de descentralización de la salud en Cali, y planteaba que se requerían muchos más avances precisamente en estos tres frentes, donde además se requería mejor coordinación y dinamismo⁸⁰, pero en todo caso, lo que más destaca Carrasquilla es la necesidad de que Cali

⁷⁷ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 12.

⁷⁸ Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. Op. cit., p. 14.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Carrasquilla, Gabriel. *Los retos de la salud pública en Cali*. Cali: Universidad Icesi-Polis, 2007, p. 1.

retorne a su liderazgo en materia de salud. A pesar de las desavenencias en el sistema de salud en Cali, la ciudad parece mantener su imagen de líder y pionera en el país.

En realidad, no contamos con ninguna definición concreta de los componentes del modelo por parte de algún informe o plan de desarrollo. Cuando estos documentos llegan a estos lineamientos dedican páginas a pensar en estrategias para instrumentalizarlos, mas su definición no es tan relevante. No haremos ningún recuerdo de cada uno de los pequeños proyectos llevados a cabo para cristalizar acciones particulares en estos frentes, puesto que completariamos un centenar de páginas y, aun así, no lograríamos con ello ningún objetivo relevante para la investigación. Sin embargo, sí podemos aventurar una aproximación a sus contenidos. Por un lado, la intersectorialidad hace referencia a la integración efectiva entre diferentes tipos de instituciones (desde organismos estatales hasta gremios económicos), con el fin de coordinar medidas en pos de las políticas de salud. Lo que se busca es que todas las organizaciones cooperen entre desconcentrando responsabilidades y haciendo que cada cual tome partido. Por otro lado, la participación ciudadana puede ser entendida como cierta responsabilidad que se le deja al ciudadano para que vele por sí mismo por sus buenas condiciones de salud. Ambos componente se plantean en una estrecha relación con las cadenas de comunicación e información, pues es a través de la buena difusión de las informaciones que, primero, las instituciones podrán articularse en torno a cierta disposición de salubridad y, segundo, las comunidades de ciudadanos podrán comunicar a las instancias públicas y a los funcionarios sus necesidades y problemas en materia de salud pública. Las epidemias de dengue y de influenza develarán lo crucial que son los sistemas de información para el combate de las epidemias y la prevención de las mismas. Como nunca antes, el manejo de la información será un tema crucial a través del cual se podrá definir la efectividad de las medidas de salubridad, de hecho, gran parte de las limitaciones en la lucha contra estas enfermedades es adjudicada a la falta de información. Por este motivo, nos parece que el asunto de la información debe comprenderse en la lógica del pensamiento administrativo, pues así como en la organización es fundamental la comunicación entre los diferentes segmentos de la misma, en la salud pública, la comunicación intersectorial (y siendo la comunidad un sector) es uno de los engranajes principales del funcionamiento del sistema. Cuando las instituciones se han descentralizado a tal punto de volverse empresas sociales del Estado, la comunicación entre ellas, la comunidad, la Secretaría de Salud Pública, los organismos a nivel nacional e, inclusive, los internacionales -como la OPS-, será el puente que permitirá construir una fotografía completa del asunto. Con la descentralización se producen informaciones fragmentadas que deben ser unificadas constantemente para poder brindar un panorama amplio sobre cualquier episodio competente a la salud pública.

La década de los noventa y el “negocio de la salud”

Con la ley 100 de 1993 se da paso a una nueva reforma de la estructura de la salud pública en Colombia⁸¹ y, claro, Cali adoptará las directrices de este nuevo modelo, que es el que regirá hasta la actualidad. La estructuración del sistema de salud como entes administrativos y gerenciales, las ESE (Empresas Sociales del Estado), hace parte de la instrumentalización, o

⁸¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p. 4

mejor, la incorporación de nuevos saberes a la salud pública, como la planificación, un tema poco novedoso, dirá Kingman⁸². Pero la inyección de un fuerte componente gerencial y administrativo aparece como un fenómeno más reciente, por lo menos en el caso de Cali, cuyos inicios se remontan al modelo de la descentralización a través de los SILOS, y que se intensifica con la operacionalización de las ESE.

Con el cambio de administración en 1994, tras varias discusiones entre los altos mandos de la nación, se decide finalmente implementar, con modificaciones realmente poco relevantes, la nueva ley que reformará la salud⁸³. Será sólo hasta el año siguiente cuando se comenzarán a implementar las reformas propuestas por dicha ley. Al finalizar este año, la cobertura del régimen contributivo en Colombia se encuentra en el 22% de la población total del país⁸⁴. Hecho que tal vez se explique porque en este año sólo se autorizó a una decena de EPS a entrar en funcionamiento; para 1996, esta cifra aumentará en treinta⁸⁵. Si bien en diciembre de este año la cobertura del régimen contributivo ha aumentado al 27%, las fallas financieras en las ESE comienzan a aparecer: al poseer un organigrama administrativo y gerencial fijo, como toda empresa, los gastos administrativos elevados versus la poca afiliación generan iliquidez en algunas de estas instituciones⁸⁶. Pero por otro lado, los hospitales públicos presentan también deficiencias administrativas, como por ejemplo, cobrar a los afiliados servicios que estas mismas instituciones deberían cubrir o no carnetizar a todos los afiliados “por lo que tienen un enorme margen de utilidad y estas [sic] señalan que los alcaldes no pagan a tiempo los contratos de aseguramiento”⁸⁷. Poco tiempo después de su implementación, el modelo de las ESE, enaltecido por su carácter descentralizado y efectivo, produce sus propias fallas en términos de gestión, generando graves crisis de salud pública, en términos de iliquidez y de ineficacia. Que el modelo sea ineficaz no es algo que nos sorprenda mucho por los constantes paros de trabajadores y crisis financieras, aun cuando en sus lineamientos, según los modelos administrativos y gerenciales, la eficacia sea uno de los pilares de funcionamiento del sistema.

Sólo hasta 1997 se podrá hablar de una consolidación del sistema que, tampoco es extraño, sólo cubre un tercio de la población en el régimen contributivo con las EPS privadas, y dos tercios en el régimen subsidiado con el Seguro Social⁸⁸. Con la reducción del 15% de los aportes nacionales a los hospitales públicos se dará paso, en el año siguiente, a una crisis hospitalaria. Crisis que fue catalizada por el descalabro de las EPS públicas más importantes del país, que no pudieron ajustar sus gastos ni tampoco cumplir con sus metas a fin de año⁸⁹. La recesión económica de 1998 impide un crecimiento de la cobertura en las ESE privadas. Se declara que las posibilidades de lograr una cobertura total de la población colombiana

⁸² Kingman, Eduardo. Op. cit.

⁸³ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p.31

⁸⁴ *Ibíd.*, p. 32.

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 35.

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 36.

⁸⁷ *Ibíd.*, p. 37.

⁸⁸ *Ibíd.*, p. 39.

⁸⁹ *Ibíd.*, p. 42.

parecen cada vez más distantes⁹⁰, cuando la cobertura apenas está cerca de los veinte millones –la mitad de la población colombiana aproximadamente-, el ajuste fiscal en el gobierno y la mencionada recesión económica impiden el crecimiento de las ESE públicas y privadas, respectivamente⁹¹.

Como era de esperar, el año siguiente no será de mejoría y, de hecho, se declara como el “año de la caída de las EPS públicas”⁹². Los hospitales públicos deberán reducir su planta de funcionarios –es decir, personal médico, administrativo y gerencial- para reducir las brechas entre ingresos y gastos⁹³ y, así, que la empresa, es decir, el hospital, sea sostenible. Medidas como ésta harán parte de un repertorio de demandas de aquellos expulsados del sistema. Los panfletos bramarán con denuedo que la salud no debe ser un negocio, pero ya las nuevas empresas de la salud pública habrán decidido en sus juntas gerenciales que la reducción de personal es la única manera de continuar en el mercado y seguir siendo competitivas. Pero no siendo esto suficiente, la crisis fiscal de finales de milenio obligará a un recorte de aportes para el financiamiento de las EPS, aspecto que se agrava con la corrupción clientelista que capta los pocos recursos y el poco número de afiliados en los diferentes territorios nacionales⁹⁴. El Ministerio de la Salud se pronunciará con diatribas a las ESE diciendo que “los estudios demuestran la baja cobertura y cumplimiento de estos programas, así como el empeoramiento de los indicadores nacionales”⁹⁵. Lo que debe llamarnos la atención de este pronunciamiento del ministerio es menos la deficiencia general del sistema que, se supone, estaba ya consolidado hacía dos años, que la liberación del Estado en términos de la prestación de servicios y la intervención en medidas de salud pública. De pública, a esta salud pública parece quedarle poco. Las responsabilidades son delegadas, las medidas son dictaminadas y las evaluaciones son realizadas. La crisis hospitalaria continuará a tal punto en que algunos hospitales tendrán que cerrar sus puertas, el gobierno sólo insiste en reducir personal y envía dineros para que se paguen los despidos⁹⁶.

La década de los noventa en la salud pública de Cali

Esta sección será construida básicamente a partir de un informe publicado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, el cual describe las transformaciones del sistema de salud de Cali entre los años 1990 y 1999. Debido a que la salud para este entonces comienza a ser un tema de inversión social, el estudio se preocupa por la recesión económica que vive la ciudad, manifestada en su Producto Interno Bruto, el cual es inferior al nacional desde

⁹⁰ *Ibid.*, p. 43.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p. 44

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p. 45

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p. 46

1991⁹⁷. El panorama económico no deja de ser complicado cuando después de mediados de década se tiene un primer momento de crecimiento del sector público en Cali (1994-1997), seguido por un período de gravedad económica donde revienta la crisis y se hace necesario un ajuste fiscal⁹⁸. No bastando con esto, al ajuste fiscal habrá que adicionar el desempleo generado por la disminución del mercado laboral asociado a la crisis, la ciudad mantendrá las tasas de desempleo más altas del país, junto con un incremento de la pobreza del 29.8% al 39.0% entre 1984 y 1988⁹⁹. La pobreza, entre otros asuntos, es de interés para la salud pública según este informe, porque está estrechamente relacionada con la inseguridad alimentaria, la cual no se refiere solamente a la carencia de alimentos o a la dieta desbalanceada, sino a las enfermedades asociadas a los productos de consumo básico con pocos controles de calidad. Hay que retomar que una de las múltiples aristas de la salud pública compete a la seguridad alimentaria, en donde se establecen regulaciones sobre el ingreso y la salida de productos, pero desde luego, también sobre sus contenidos químicos y su valor nutricional para la población.

Y, peor aún, inclusive dentro de ese período de crecimiento del sector público, el sistema de salud en la ciudad era bastante inequitativo. 20% de los habitantes estaban cubiertos por el régimen contributivo, el 42% de la no cubierta se clasificaba como pobre, y del 20% que no lograba ser atendida, la mitad de los casos se debía a los altos costos de la atención¹⁰⁰. La deficiente cobertura será un problema transversal a este período que sólo logrará tener una mejoría significativa con la llegada del nuevo milenio. Mientras tanto, para responder a dicha falta cobertura y, como parte de las políticas de salud municipal de la fecha, se decide llevar a cabo una reforma más en el sistema de salud de la ciudad. En 1997, el sistema de salud de Cali se transforma en el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud¹⁰¹. En términos prácticos, dicha reforma lo que hace es integrar en una sola red urbana, un conjunto de estructuras e instituciones ya existentes.

Aunque las reformas constitucionales de 1991 y la Ley 100 de 1993 proclaman la descentralización de la salud, y confieren con ello a los municipios cierta autonomía local y regional para tomar decisiones al tiempo que transfieren más recursos, en realidad, las políticas municipales jamás estuvieron ni podrán estar desligadas de los lineamientos políticos y la legislación nacionales. De hecho, el estudio al que se ha hecho referencia en este aparte divide los cuatro períodos de la salud pública en Cali a través de los cambios de las administraciones nacionales. Por ejemplo, con Pastrana, en 1998, con la política de Cambio para Construir la Paz, se definen ciertas prioridades en las políticas de salud, en este caso fueron: equidad, cobertura, eficiencia y calidad¹⁰². De acuerdo con estos pilares, la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali deberá encuadrar sus proyectos de salud, así como

⁹⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Diez años de la salud en Santiago de Cali. 1990-1999*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000. p. 20

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Diez años de la salud en Santiago de Cali. 1990-1999*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000. p. 22

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 54

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 56

¹⁰² *Ibid.*, p. 61

también deberá hacerlo la administración local. No considero necesario hacer un énfasis en cada una de las políticas nacionales por cambios administrativos, puesto que los lineamientos generales de todos los períodos responden a estas mismas metas o metas muy similares. Lo que es importante resaltar es que el proceso de descentralización en este período es completamente gradual y atiborrado de pequeños proyectos que quieren siempre integrar las instituciones de salud en una misma red. Mas al número amplio de metas corresponde también un número amplio de metas incumplidas, pero además, las tenues discontinuidades de las políticas nacionales entre administraciones contiguas limita también la capacidad de acción y efectividad de las estrategias locales y regionales de acción en materia de salud pública. Dicha dependencia constituye, para bien y para mal, el límite mismo del modelo de descentralización.

Las políticas concretas de descentralización en Cali pueden ser rastreadas a través de las normativas dictaminadas en la década de los noventa y un poco desde antes, nos referiremos sólo a algunas que competen directamente al municipio, aunque ciertamente son muchas más que no pudieron ser trabajadas en este texto. En 1989 con el acuerdo 025 se crean las 6 UES (Unidades Ejecutoras de Saneamiento) en la ciudad, con las cuales se buscaba descentralizar los recursos y, a la vez, fortalecer el saneamiento ambiental¹⁰³. Dicha desconcentración de los recursos y de la geografía de la salud permitirían, en principio, una mayor participación de la comunidad, al tiempo que propenderían por una mayor accesibilidad de las personas a los sistemas de salud. Por otro lado, la Ley 10 de 1990 estipula la necesidad de estimular la atención preventiva y el control del medio ambiente, haciendo énfasis en la coordinación intersectorial¹⁰⁴, que será uno de los componentes fundamentales de la descentralización, aspecto que veremos en breve. La Ley 60 de 1993 asigna a los municipios funciones en materia de salud, especialmente a través de tres ejes: el saneamiento básico, la prevención de enfermedades y la distribución de agua potable¹⁰⁵. Con la Ley 99 de 1993 se da origen al Ministerio del Medio Ambiente¹⁰⁶, lo cual implicó que se desplazaran de Salud Pública algunos de los recursos y funciones en términos de recursos naturales y contaminación ambiental. Y finalmente tenemos la ya nombrada Ley 100 de 1993 que, en términos generales, dictamina que “se ofrezca a toda la población de manera gratuita y obligatoria, un Plan de Atención Básica (PAB)”¹⁰⁷.

Las medidas mencionadas someramente arriba señalan un conjunto de reformas que abren y posibilitan finalmente el proceso de descentralización de la salud como tal. Dos procesos merecen ser mencionados por ahora, antes de continuar con los componentes fundamentales de la descentralización. El primero tiene que ver con la delicada frontera entre salud pública y medio ambiente. Sabemos que a principios del siglo pasado, y hasta mediados, el ambiente era una preocupación fundamental de la higiene en todas sus dimensiones: los olores, los ruidos y las inmundicias, eran objetivo fundamental de las políticas higiénicas. El

¹⁰³ *Ibid.*, p. 233

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Diez años de la salud en Santiago de Cali. 1990-1999*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000. p. 234

¹⁰⁷ *Ibid.*

refinamiento de estas políticas debe ser pensado en términos de sus alcances y de sus pretensiones, pues sabemos que sus efectos concretos fueron siempre más bien limitados¹⁰⁸. Pero con las transformaciones en el modelo de salud no sólo se afectó la autonomía de este dispositivo, sino también sus funciones y competencias, por ello, poco a poco, el excesivo pulimiento de las funciones hizo de la salud pública un dominio tan vasto que necesitó delegar sus funciones, especialmente, nos parece, porque precisaba de mejores condiciones para la ejecución de medidas con mayor efectividad. Nos parece que la creación del Ministerio del Medio Ambiente denota una especie de fisura en la salud pública, pero en el sentido de que uno de sus dominios fue trasladado a un órgano “independiente” de ella. La salud pública dirá adiós a sus intervenciones en el marco plenamente ambiental, pero aun así en su discurso apelará a ello, pues el lugar en el que habita el ser humano, su territorio, será siempre un determinante de las condiciones de la salud de la población. Sólo en este sentido, la salud pública recurrirá de nuevo a las circunstancias ambientales, pero ya no será dominio suyo por antonomasia. Procesos como éste hacen pensar que asuntos como el ornato quedan inscritos en un extraño intersticio entre la salud pública y el medio ambiente, algo evidente tal vez, pero que en la primera década del siglo XX fue, sin duda, materia de higiene por definición. Sin embargo, la sección de Salud Ambiental en la Secretaría de Salud Pública Municipal no dejará de existir y tendrá sus propias metas y objetivos para cumplir.

El segundo proceso que merece ser mencionado tiene que ver con las disposiciones de la Ley 100 de 1993. Lo que merece la pena ser mencionado a estas alturas respecto a esta disposición es la garantía que se ofrece de un sistema universal de salud con carácter obligatorio. Nos interesa esto porque aunque la palabra ‘pública’ pueda prometer una ‘salud para todos’, en realidad, en sus inicios fue una salud pensada más bien para ciertos sectores de la población y por motivos particulares. Recordamos a Emilio Quevedo con sus extensas descripciones de las políticas de la Fundación Rockefeller en Colombia que, sobre todo, buscaban proteger a los obreros en zonas importantes para la producción económica del país o de los enclaves internacionales¹⁰⁹. Después, cuando la salud se asume no sólo como una inversión social, sino como un deber del estado, aparece este tipo de legislaciones donde la salud pública se piensa universal y total.

Hemos visto que tales son pretensiones demasiado altas y que lograr dicha universalidad ha sido una meta constantemente inalcanzada tras cada administración, pero esto no implica que las medidas de salud pública dejen de estar ahora dirigidas a la totalidad de la población, aunque ciertamente se codifican ciertos sectores que son más vulnerables que otros. Tanto dengue como influenza serán dos enfermedades que atacarán a la totalidad de la población, haciéndolas enfermedades potencialmente muy peligrosas para la sociedad. Ya no podríamos decir solamente que amenazan los braceros de la economía, la amenaza se extiende a lo largo y ancho del territorio. Ésta es la otra cara de esa universalidad de la salud, incluir a todos dentro del sistema es también combatir enfermedades y epidemias a nivel de la sociedad completa. Aquí hemos tratado la salud meramente en su sentido institucional y sobretodo en

¹⁰⁸ Espinal, Cruz Elena; Ramírez, María Fernanda. *Cuerpo civil, controles y regulaciones*. Medellín: Fondo Editorial de la Universidad EAFIT, 2006, p. 68.

¹⁰⁹ Quevedo, Emilio. Op. cit., p. 204.

relación con las coberturas y su modelo de integración, pero otra cuestión interesante del asunto es cuando este modelo entra en acción. Atender una epidemia no es más que una puesta en escena de tal o cual modelo; por ello, se han elegido dos episodios relevantes para observar, por un lado, cómo estas medidas y modelos se ponen en juego y operan cuando deben trascender de los papeles de las reformas para llegar a las calles, a las entrañas mismas de las instituciones y, no menos importante, a los interiores de las casas de los habitantes. La salud pública, siendo tan pública, se adentra con tal injerencia y determinación a la casa y a la vida de los sujetos, se come la vida privada. Ambos episodios epidémicos nos darán las pistas para comprender cómo lo hace y si en efecto lo logra.

En todo caso, Cali será un referente en términos de salud pública para el país. En mayo de 1994 tiene lugar en el Club Campestre Cali un encuentro de talla internacional en términos de salud¹¹⁰, que se desarrollaba en esta ciudad para reconocer sus aportes en materia de salud y los importantes cambios generados. El secretario de salud pública del momento Antonio Irurita es enfático en que el reconocimiento que se hace a la ciudad al permitir ser la sede este evento es crucial, porque además es un reconocimiento del modelo de salud de Cali y especialmente a su componente de participación social. Inmediatamente, es necesario hablar un poco sobre esta característica del modelo de salud descentralizado que aparece como uno de sus cimientos más básicos.

Específicamente en Cali, la aplicación de la estrategia de participación social data de 1988, cuando se divide la ciudad en comunas y corregimientos y convoca la primera reunión de Juntas Administradoras Locales¹¹¹. En cuanto a la aplicación de esta estrategia, cuya normatividad se encuentra tipificada en la Ley 49 de 1987, Cali aparece como pionera, refrendando su imagen -o imaginario- de ciudad con amplia cobertura de salud y un mejor sistema de salud, en términos relativos con otras ciudades del país. No siendo esto suficiente, se crean los Comités Intersectoriales por comunas en los que participaban funcionarios públicos. El fin de estos comités era conseguir una mayor descentralización del modelo de la salud, estrechar la relación entre administración municipal y los caleños, y optimizar las políticas de intervención¹¹², en este caso, en materia de salud pública.

Durante el año 2005 se crea el Grupo de Participación social que busca integrar la ciudadanía en el ejercicio de su salud¹¹³, el grupo se crea para garantizar que la comunidad participe, de hecho, en la resolución de sus propios problemas de salud estableciendo contactos de información directos con las instituciones de salud. En realidad, la interpelación a la comunidad como estrategia y política de salud pública es más vieja que este grupo. Las Juntas de Acción Comunal constituyen la experiencia institucional participativa más antigua¹¹⁴ pues, de algún modo, fueron las que abrieron el camino de este fuerte componente

¹¹⁰ Diario El País. *La salud se "tomará" a Cali*. Cali, 27 de mayo de 1994.

¹¹¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Información general sobre la Secretaría de Salud Pública*. Información en línea, disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/>

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992. p. 116

¹¹⁴ *Ibid.*

de la descentralización de la salud. Se dice que la nueva constitución es la que ha permitido un marco legal que potencializa la participación ciudadana en un sentido más general, a través de las Juntas Administradoras Locales, las consultas populares, referéndums locales, entre otras¹¹⁵.

Pero la aplicación de estas medidas no sería simplemente un conjunto de reformas, de hecho, muchos sectores de trabajadores médicos se opusieron a ellas, al amenazar las condiciones de trabajo, sobre en todo en términos de contratos. Los cambios de la Ley 100 de 1993 serán paralelos a las protestas contra éstos. En Cali, el 22 de enero de este año se inicia una protesta por parte de una asociación de auxiliares de enfermería¹¹⁶, pues sus integrantes no estaban de acuerdo con las reformas laborales que implicaban los cambios en la administración de la salud pública en Cali. Este tipo de levantamientos de todas maneras nunca frenaron los procesos, de hecho, se notificaba la municipalización al tiempo que en el Hospital Universitario del Valle se anunciaban paros y cese de actividades; el primero de agosto de 1994, en El País se estipulaba que al día siguiente Cali sería la primera ciudad en llevar a cabo este proceso¹¹⁷, refrendándose su imagen de liderazgo en materia de salud pública. En efecto, en Cali se divulgaría una celebración exitosa de la municipalización del sistema de salud, cuando finalmente se logró un acuerdo sobre los rubros correspondientes entre el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud Pública Municipal¹¹⁸, la cual caería días después en crisis por la falta de pagos a empleados del servicio médico¹¹⁹. El asunto de la liquidación de deudas a empleados será un tema transversal a la época que pondrá en crisis el funcionamiento del sistema de salud, generando paros eventuales en las instituciones públicas. Si bien la descentralización garantizó una mejoría en los salarios y la conservación de los derechos laborales adquiridos, generó también más demoras en el cubrimiento de los suelos a causa de la división de los presupuestos, que no es más que la desconcentración financiera que pregona dicho modelo.

Salud pública en Cali a inicios del siglo XXI

La salud pública es una condición de las personas que está en plena relación con el clima del territorio respectivo. Las epidemias de dengue e influenza darán cuenta de los terribles influjos que tiene la meteorología en la dispersión de las enfermedades en ciertos países, más que en otros. No puede pensarse de ningún modo en algún tipo de determinismo geográfico. Que Cali y Colombia se ubiquen en el trópico implica una mayor disposición a ciertas endemias, epidemias y epizootias, pero, para nada nos condenan a la perdición por nuestro infeliz territorio como diría Laureano Gómez¹²⁰. Anualmente, Colombia, el Valle del Cauca y Cali se verán amenazadas por el ‘fenómeno del niño’ y el ‘fenómeno de la niña’ que producirán caos e incrementarán el riesgo de contagio de enfermedades.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Diario El País. *Protestas por reformas en salud*. Cali, 22 de enero de 1993.

¹¹⁷ Diario El País. *Cali “toma las riendas” de su salud*. Cali, 1 de agosto de 1994.

¹¹⁸ Diario El País. *Cali logró municipalizar la salud*. Cali, 4 de agosto de 1994.

¹¹⁹ Diario El País. *Servicios médicos del municipio, en crisis*. Cali, 13 de agosto de 1994.

¹²⁰ Gómez, Laureano. *Interrogantes sobre el progreso en Colombia*. Bogotá: Populibro, 1928.

Pero, ¿por qué hablar de dengue y de influenza después de hablar de cobertura y estructura de salud? Salud pública no se restringe a atender gente. El aparato de la salud pública se encarga de prevenir y las medidas de descentralización de la salud pública en el país configuran la manera y las estrategias con las cuales las epidemias de dengue e influenza fueron recibidas y tratadas por la ciudad, que es el caso que aquí importa. Veremos que el aparato descentralizado de salud generó dinámicas particulares en la atención de los casos, en la promoción de medidas de prevención y en las tácticas de intervención en el espacio y la población urbana. A medida que ocurre la descentralización del modelo de la salud, se requiere un apretamiento de los lazos regionales, globales y mundiales en términos de información. Si bien Emilio Quevedo se encarna en demostrar que los contactos con instituciones y laboratorios europeos y norteamericanos en Colombia fueron siempre estrechos y tempranos¹²¹, los episodios de dengue e influenza en 2009 en Cali manifiestan curiosos problemas asociados a la desinformación o a las brechas de lenguajes entre médicos y comunidades. Pero ya nos ocuparemos de esto posteriormente.

En Cali, para 2009, la cobertura del régimen subsidiado del sistema de salud es 73.4% de los habitantes de la ciudad, en total, durante el primer semestre de ese año se vincularon 71.757 personas a este régimen¹²². Mientras tanto, Alejandro Varela, secretario de salud de Cali establece en octubre de este año una alerta epidemiológica en la ciudad, que pretende hacerle seguimiento a múltiples problemas de salud pública, como el cólera, la varicela, el sarampión, las neumonías y las IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), que se verían aumentadas por la ola invernal que amenaza al país por esas fechas, y también por el amplio flujo de personas que provienen de diferentes lugares del mundo¹²³. La cobertura de salud en la ciudad apenas ronda los tres cuartos de la población total, y así las cosas, la Secretaría de Salud Pública Municipal tendrá que atender la pandemia de influenza AH1N1 y, asimismo, tendrá que prepararse para potenciales problemas de salud pública.

La amplitud de la salud pública como fenómeno social permite la confluencia de condiciones antagónicas como éstas. La declaración de alerta hecha por Varela ocurre después del fuerte episodio de influenza AH1N1 que tuvo lugar en la primera mitad del año; pero el miedo a que la pandemia retorne o tenga un repunte produce el efecto en este funcionario de reconocer como amenaza no sólo la ola invernal que se aproxima, sino también las gentes extranjeras y foráneas que pisan la ciudad. El tráfico de los virus a través de las personas será un miedo que se afianzará tanto con el dengue como con la influenza en este período. No obstante, no es una idea nueva, Renán Silva señalaba que en el virreinato de la Nueva Granada se tenía gran temor a las gentes que llegaban de otros pueblos, sobre todo si estaban estigmatizados con las epidemias del momento: la lepra o la viruela¹²⁴. Cualquier parecido de esto con la prevención hacia la llegada de mexicanos a diferentes partes del mundo durante la

¹²¹ Quevedo, Emilio. Op. cit., p. 61.

¹²² Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Rendición de cuentas, primer semestre de 2009*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 135.

¹²³ Diario El País. *Secretaría de Salud Pública hace llamado para prevenir epidemias*. Cali, 20 de diciembre de 2010.

¹²⁴ Silva, Renán. Op. cit., p. 33.

pandemia de influenza AH1N1 debe ser, seguramente, una coincidencia. Las reacciones desde diferentes sectores de la sociedad, nos permitirán escudriñar en esta ‘coincidencia’.

Efectivamente, en Cali se ha aplicado el modelo de las ESE y, hoy por hoy, la ciudad se encuentra zonificada en términos de salud de acuerdo con estas políticas. Cali está dividida en seis ESE, cinco de las cuales son urbanas y una que se encarga del área rural. Las cinco urbanas son: Ladera, norte, centro, sur-oriente y oriente. A cada una de ellas corresponde un Centro Hospital, ente administrativo supremo, tal como lo hemos explicado, y una serie de puestos y centros de salud, que completarían el sistema integral y descentralizado de la salud. Cada uno de los Centros Hospitales está articulado a la Secretaría de Salud Pública Municipal, que es el ente máximo de salud pública en la ciudad y la que se conecta directamente con los órganos regionales y nacionales a este respecto. Conviene pensar cada ESE como una especie de unidad de salud, un pequeño sistema de instituciones que se concentran en cierta área geográfica, pero que estaría interconectada con la Secretaría de Salud Pública Municipal como ente central. El siguiente mapa¹²⁵ ilustra la regionalización del área urbana de Cali de acuerdo con las ESE.



Si las regiones son equitativas o no es algo que tendrá que quedar abierto a discusión. En todo caso, las concentraciones están dadas por los niveles de riesgo asociados a las regiones de la ciudad, eso podría explicar hasta cierto punto que una comuna esté a cargo de una ESE, pero también podría tener que ver con la complejidad, en términos técnicos, del Centro

¹²⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Información general sobre la Secretaría de Salud Pública*. Información en línea, disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/>

El mapa no contiene las comunas 21 y 22 porque, para la fecha (2007), aún no habían sido creadas ni incorporadas al perímetro urbano de la ciudad.

Hospital, o del tipo de población que desea ser cubierto por una ESE en particular. Estas regiones están construidas, como lo hemos visto, a través de tres criterios básicos: la homogeneidad demográfica, la homogeneidad geográfica y el nivel de riesgo presente en tal zona. De entrada, una regionalización de este tipo hace visualizar los sectores de la ciudad que considera más riesgosos. Y aquí el riesgo es un indicador demasiado complejo, pues incluye desde el riesgo ambiental, como los asentamientos subnormales en el Jarillón del Río Cauca, hasta el riesgo por muertes en accidentes de tránsito, pasando por focos de suciedad, de los cuales se presume que tienen más posibilidades de contagio y transmisión de enfermedades. No sobra decir que este amplio repertorio de riesgos es materia de interés y acción de la salud pública.

La crisis de salud continuará en la primera década del siglo XXI, a mediados de julio de 2000, se anuncia que los \$42.000 millones que se invierten en el sistema de salud de Cali no son suficientes, las pruebas de esto serían las instalaciones deficientes de las instituciones de salud, pero también la amplia falta de cobertura, la cual se destaca mucho más en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad¹²⁶. Y según el secretario de salud pública del momento, Édgar Iván Ortiz, ésta es una situación general del país que se debe a los problemas con las transferencias de los fondos y los rubros de parte del gobierno central¹²⁷. A pesar de los inconvenientes, el modelo será defendido en 2002 por analistas que aseguran que los modelos de descentralización son funcionales y han sido exitosos aún en ciudades latinoamericanas con mayor población que en Cali¹²⁸. Así, a pesar de las crisis y de las inminentes afrentas que parecían irresolubles, muy a pesar de las amenazas de cese de actividades de las instituciones públicas y, aún a pesar de la baja cobertura, el modelo descentralizado de las ESE era analizado y defendido como el de mayor refinamiento y eficacia. Que la situación de crisis se presentara aparecía como un proceso de transición necesario, pues dicho modelo se planteaba como gradual. Pronto se cumplirían diez años de la instrumentalización de dicha estrategia y su operacionalización aún se mostraba como muy poco efectiva.

Descentralizando la salud, el municipio lograría suplir dos graves deficiencias de su sistema, por un lado, lograría distribuir más equitativamente el personal médico a lo largo del municipio, pero además podría fortalecer el nivel de atención I y el componente de prevención¹²⁹, que es el que en primera instancia tendría que lidiar con las epidemias, de ahí su relevancia. Por ello, según un estudio de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se requiere trasladar a unos 180 profesionales de la medicina a las ESE de Aguablanca, si es que quiere pensarse un poco más equitativo el sistema; sin embargo, a la institución le preocupa que los médicos no desempeñen bien su labor por falta de sentido de pertenencia a la comunidad¹³⁰. La reubicación de los profesionales de la salud expresa la deficiencia del sistema de salud en ciertos sectores de la ciudad, al tiempo que se aumentan los factores de

¹²⁶ Diario El País. *Radiografía de la salud*. Cali, Julio 16 de 2000.

¹²⁷ Diario El País. *Vuelvo en el manejo de la salud en Cali*. Cali, 26 de septiembre de 2000.

¹²⁸ Diario El País. *Estudian transformación de la salud pública*. Cali, 13 de septiembre de 2002.

¹²⁹ Diario El País. *Salud municipal empieza su descentralización*. Cali, 13 de enero de 2003.

¹³⁰ Diario El País. *Revolcón en la salud pública*. Cali, 20 de septiembre de 2003.

riesgo en dichas regiones, inclusive para estos funcionarios, una enfermera del hospital Carlos Carmona se quejaba por los cambios de ESE puesto que “uno no sabe qué le espera en Aguablanca que es más inseguro”¹³¹. Más allá de la seguridad o inseguridad de la zona a la que son desplazados los funcionarios, dichos traslados serán motivo de fuertes discusiones. En octubre del mismo año, 2003, miembros de Sinservim (Sindicato de Servidores Municipales) repudiarán los desplazamientos de funcionarios porque, para estas personas, los cambios no tienen en cuenta las especialidades de los profesionales, tampoco se respeta la estabilidad laboral y mucho menos tiene que ver con la garantía de mejores condiciones a las zonas de la ciudad menos favorecidas¹³².

Las complicaciones del modelo de descentralización no cesarán. A inicios del año siguiente, el mismo secretario de salud pública de Cali, Alejandro Baena, se quejaría del exceso de autonomía entregado a las ESE por orden de la Ley 100 de 1993. El funcionario se queja porque cada uno de los directores de las ESE recibe un presupuesto, en promedio, de \$30.000 millones, mientras que la Secretaría de Salud Pública Municipal recibe sólo \$55 millones¹³³. Por este tipo de situación, a Baena le parece que Cali tiene seis secretarios de salud pública y que su cargo es más una fachada que una verdadera responsabilidad. El secretario también denuncia que las ESE, por funcionar con mentalidad de empresa, se preocupan más por el papeleo y los trámites y por cubrir los gastos generando utilidad, más que por cubrir el servicio, especialmente con los sectores más pobres de la ciudad¹³⁴. Los miembros de Sinservim se pronunciarán también a este respecto denunciando un aumento de la burocracia administrativa en detrimento del personal médico y que, a pesar de ello, se habla de un aumento en la cobertura del sistema de salud¹³⁵.

Con todo esto, en octubre de 2005 Cali es proclamada la capital de la salud en el primer párrafo de una noticia de El País: “Cali no sólo es la capital de la salsa y del cielo. Ahora la Sultana del Valle se consolida también como la capital de la salud y de la belleza”¹³⁶. Que el Exposhow sea el lugar donde se mostrarían los progresos en materia de salud de la ciudad es muy dicente sobre las fronteras cada vez más difusas entre salud y estética¹³⁷. En este mismo reporte comienza a anunciarse la importancia que va adquiriendo el turismo de la salud en Cali, fenómeno que nos parece de extrema relevancia en sí mismo y que aquí no podemos sino mencionarlo. La intención de hacerlo es ampliar un poco más la visión de este dispositivo que consideramos la salud pública. Una parte de él es aquel que tiene que lidiar con las coberturas y con los servicios, pero también forma parte del mismo, fenómenos tan diversos como el turismo de la salud, donde la salud pública alcanza la expresión máxima en su relación con la estética y la belleza.

¹³¹ *Ibid.*

¹³² Diario El País. *Traslados convulsionan a la Secretaría de Salud*. Cali, 21 de octubre de 2003.

¹³³ Diario El País. “*En Cali existen seis secretarios de salud*”. Cali, 10 de enero de 2004.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ Diario El País. *Cali, capital de la salud*. Cali, 1 de octubre de 2005.

¹³⁷ Pedraza, Zandra. *Op. cit.*, p. 327.

El sistema de las ESE no será sin embargo desechado y continuará rigiendo el sistema de salud pública caleño. La crisis se mantendrá a tal punto que en el 2008, algunas se verán obligadas a cerrar algunos de sus centros o puestos de salud. La autonomía dada a estas instituciones como empresas, generó una situación que no es sorprendente por el sentido mismo del modelo: algunas ESE terminaron con grandes superávits mientras otras permanecieron en ‘coma financiero’¹³⁸. La Contraloría Municipal anunció que las ESE norte y centro fueron las más afectadas y las que están al borde del colapso, lo cual generó cierta sorpresa, pues no fueron ni las ESE de ladera ni las de Aguablanca, las que peor terminaron el período fiscal. De hecho, se caracteriza como muy paradójico que la ESE ladera haya terminado el año con un margen de utilidad de \$2.548 millones¹³⁹. Al año siguiente, siguen las complicaciones en el sistema de salud pública, y ya para 2009 nos encontramos simultáneamente con el apogeo de la pandemia mundial de influenza AH1N1. Jorge Iván Ospina, alcalde de la ciudad, decide considerar la salida de algunos de los gerentes de las ESE, interesante es que la razón a la que apela para tomar esta decisión es la falta de liderazgo¹⁴⁰. Siendo el liderazgo uno de los valores centrales de la personalidad del buen empresario, reivindicamos que el pensamiento administrativo, a través de las ESE, se ha decantado en el dispositivo de la salud pública. Junto a las estrategias de prevención, control y combate, aparecen ahora los lineamientos de la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la capacidad de gestión, el liderazgo y demás.

Se ha intentado brindar un panorama muy general de las transformaciones en términos de salud pública en Cali. La extensión ha obligado a sacrificar profundidad, pero el esbozo ha sido también suficiente. Comenzamos hablando de cómo aparece la preocupación por la higiene en Cali con instituciones fragmentadas –y a veces inexistentes-, hasta llegar al proceso de descentralización, cuyas intenciones pueden rastrearse desde los sesenta, pero que sólo se concretará en la década de los noventa y, sobre todo, a inicios de este siglo. Partimos también sin una definición exacta o particular de ‘salud pública’, porque lo que nos interesaba en este momento era su dimensión institucional y no tanto su contenido discursivo, aunque ciertamente se han ido dando algunas estocadas a propósito de su amplio alcance. Datar las instituciones y sus cambios de nombres no será nunca suficiente para comprender un fenómeno en su totalidad, somos conscientes de ello, pero arriesgarse a construir un proceso histórico en esta ciudad –tarea aún no realizada completamente-, permite no sólo llenar un vacío académico, sino sobre todo comprender los mecanismos actuales de respuesta a episodios de salud pública.

Cerraremos resaltando dos aspectos de la salud pública, asumiéndola como dispositivo de control y regulación social. Primero, el modelo de descentralización tiene por lo menos dos efectos fundamentales en su funcionamiento: 1) a nivel organizativo de las instituciones, brindándoles autonomía para manejar sus propios recursos, al tiempo que requiere un mejoramiento de los canales de información entre dichos organismos para funcionar de manera efectiva; el modelo de descentralización regionaliza, sectoriza y zonifica el área urbana

¹³⁸ Diario El País. *Crisis de la salud enferma a Cali*. Cali, 18 de abril de 2009.

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ Diario El País. *Sigue el debate por la crisis de la salud*. Cali, 29 de abril de 2009.

a través de una geografía de la salud y será, a través de esta geografía con lo que hará sus intervenciones en el espacio y la comunidad. 2) una serie de pilares en los cuales se sostiene el modelo, entre los cuales cabe resaltar la participación ciudadana, que impone y permite a los sujetos ser actores de su propia salud pública, reconociendo sus necesidades en materia de salud e instándolos a establecer relaciones más cercanas con los funcionarios e instituciones de salud; es también fundamental el componente de cooperación intersectorial, el cual reúne a instituciones y organismos de toda índole alrededor de inquietudes y medidas de salud pública; por último está el componente de información y difusión, el cual articula absolutamente todos los flujos entre grupos e instituciones, podría decirse que es el sistema circulatorio de un sistema de órganos que se suponen integrados en su totalidad.

Segundo, parece de gran relevancia la intromisión del pensamiento administrativo al dispositivo de la salud pública. El conjunto de saberes asociado a la gestión empresarial y administrativa no es algo particular ni novedoso de los últimos tiempos, pues tiene gérmenes hace varias décadas. Sin embargo, nos parece que con la Ley 100 de 1993 y la estructuración de las Empresas Sociales del Estado, el pensamiento administrativo pudo ser entreverado de manera más compacta en el ya vasto conjunto de saberes que confluyen en el dispositivo de la salud pública. Dichos saberes se evidencian en la utilización de un léxico específico donde palabras como ‘efectividad’, ‘superávit’, ‘colapso financiero’, ‘liderazgo’, ‘rentabilidad’, ‘eficiencia’, ‘gerencia’, ‘gestión’, inundan los documentos, informes y actas de las diferentes instituciones de salud. La experiencia nos dice que no es sólo un cambio lingüístico. Ciertamente es una transformación pragmática: cada una de las ESE posee su organigrama con planta administrativa y junta gerencial, le son transferidos sus propios recursos y puede hacer uso de ellos de manera autónoma –claro, con algunas restricciones legislativas-. Al mismo tiempo, estas empresas, y el sistema de salud en general, son evaluados a través de indicadores que cuantifican los contenidos de aquellas palabras. Así que la intercepción de este tipo de saberes no sólo afecta el lenguaje con el que se manejan los informes, sino también las formas en que las políticas de salud pública son elaboradas y ejecutadas. No siendo esto algo tan novedoso, de todas maneras nos parece una característica distintiva del dispositivo de salud pública que se mantiene aún en la actualidad.

El dispositivo de salud pública entonces es un vasto conjunto de saberes y de conocimientos donde confluyen una serie casi ilimitada de trozos de vida. Con ‘dispositivo de salud pública’ hacemos referencia no a las instituciones, no a aquello por lo que disputan funcionarios y comunidad, sino al conjunto de saberes, discursos e intervenciones que se hacen en nombre de la salud colectiva de la comunidad. En otras palabras, el dispositivo de salud pública es una forma particular de administrar las poblaciones, que es lo que Michel Foucault entenderá a grandes rasgos como biopolítica¹⁴¹. No es nuestro interés encontrar el sistema de

¹⁴¹ Foucault, Michel. Op. cit. p. 109.

Michel Foucault habla de ciertos mecanismos nuevos de poder que se revelarían preponderantes a partir del siglo XVIII, donde lo que se toma en cuenta es la vida de los hombres, esto es, los hombres como cuerpos vivientes. Además, dichos mecanismos apelan a nuevos procedimientos “que funcionan no ya por el derecho sino por la técnica, no por la ley sino por la normalización, no por el castigo sino por el control, y que se ejercen en niveles y formas que rebasan el Estado y sus aparatos”. Habrá que liberarse, dice Foucault, de la imagen del

administración de poblaciones francés del siglo XVII en Cali del siglo XXI, sólo nos parece que al pensar en formas de controlar y regular un conjunto de sujetos, a través de sus vidas, los conceptos de Foucault son orientadores e ilustrativos. De entrada, no creemos que se pueda hablar estrictamente de biopolítica en Cali por el tiempo y el espacio concretos de la ciudad, pero esto no hace desechable el concepto en absoluto. Es preferible por eso referirnos a un 'dispositivo de salud pública' donde se aglutinan ejes tales como: zoonosis, ornato, salud ambiental, control alimentario, prevención de epidemias, saneamiento básico, estética, nutrición, entre otros. Y que gobierna sobre el espacio urbano y sobre la vida de las gentes a través de un conjunto de saberes y conocimientos: médicos, biológicos, psicológicos, psiquiátricos, higiénicos, sociológicos, urbanistas y, ahora, administrativos. Es a este dispositivo de la salud pública en el que adelante haremos referencia, examinando cómo funciona cuando debe entrar en acción, a pesar de sus falencias sistémicas y su eterna condición inacabada, caótica e insuficiente.

Dos

Emergencia Sanitaria por Dengue en Cali

El dengue y su temida complicación, el dengue hemorrágico, es una enfermedad bastante vieja. Los primeros encuentros con esta afrenta a la salud se remontan al siglo XVI, no obstante, sólo los progresos técnicos de la medicina permitirán elucidar qué es lo que causa verdaderamente el dengue, cómo se transmite y cómo puede ser curado o tratado. A pesar de los descubrimientos de la inoculación y la vacunación, no existe hoy aún una vacuna totalmente efectiva contra esta enfermedad. La aparición del mosquito del *Aedes Aegypti* como el vector transmisor generó una persecución hacia este animalillo que, todavía hoy, permanece como el flanco inicial de ataque al dengue. El fenómeno que algunas instituciones supranacionales de salud han llamado “reemergencia del dengue” viene asociado al abandono de las políticas de control contra esta enfermedad, potencialmente pandémica. La condición climática de Cali aparecerá como un factor contribuyente a la presencia de la enfermedad en la ciudad. Las alertas serán máximas y las estrategias mediáticas excesivas. En esta sección veremos qué es el dengue, cómo se alzó su presencia en la ciudad, y cómo ésta respondió a ello, a través de su dispositivo de salud pública, del que ya hemos hablado. Nos ocuparemos primero de la dimensión biológica de la enfermedad, luego una breve historia de ella, para luego pasar a las políticas de intervención y, finalmente, a las estrategias de tratamiento y las buenas prácticas para su prevención y control.

Biología del dengue

La lista de los síntomas del dengue no es tan sencilla como a primera vista parecería o, de hecho, no es tan simple como la presentarían en los medios de comunicación a la comunidad. Dentro del sector médico, existe una serie de codificaciones especiales para diagnosticar la enfermedad y establecer un diagnóstico diferencial de la misma –es decir, el diagnóstico que permita decir que se trata de dengue y no de una enfermedad con síntomas similares-. De acuerdo con la gravedad de los síntomas de alerta, la condición del paciente puede ser: Dengue sin signos de alarma, Dengue con signos de alarma o Dengue grave¹. Cabe aclarar que a cada uno de estos estados de gravedad corresponde un tratamiento en particular y también que dichas condiciones son re-definidas y re-construidas. Las anteriores son las empleadas por el Instituto Nacional de Salud en el 2010 para distribuir la gravedad de los casos de dengue.

En un boletín de la Alcaldía de Cali, Alejandro Varela, el secretario de salud pública, define el dengue como una enfermedad producida por un virus que es transmitida por el “citado insecto”, que tiene dos formas: la clásica y la hemorrágica, que es potencialmente mortal². El funcionario señala de la manera más simple a la comunidad, que los síntomas del dengue clásico son fiebre elevada, dolor muscular y óseo, náuseas, vómito y dolor al mover los ojos;

¹ Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Algoritmo para atención clínica de casos de dengue y dengue grave*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2009. p. 1.

² Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Boletín de la Alcaldía sobre el Dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 1.

mientras que la forma hemorrágica de la enfermedad estaría caracterizada por hemorragias en varias partes del cuerpo e incluso vómito con sangre³. A los profesionales médicos del Instituto Nacional de Salud (en adelante, INS) les preocupará, sin embargo, que la enfermedad del dengue pueda tener cuadros tan indiferenciados, e incluso asintomáticos, combinados con otras formas graves que puedan llevar a shock y fallas en órganos vitales⁴. Pareciera, pues, que se habla de dos enfermedades totalmente distintas. Por un lado, aquella de la que habla el secretario de salud pública a los caleños que, aunque potencialmente mortal, insinúa menor alarma; que aquella de la que hablan los profesionales de la medicina del instituto, un malestar con múltiples manifestaciones y causas que a veces pareciera inasible e identificable, y que es de todos modos de alto riesgo y peligro para la vida y la salud de los ciudadanos.

De hecho, en este mismo informe conjunto entre el INS y la OPS, el dengue se ve como una enfermedad de tal gravedad, cuyo cuadro clínico puede incluir entre los siguientes males asociados: hepatitis, insuficiencia hepática, encefalopatía, miocarditis⁵. Más grave aún es que este cuadro indiferenciado y de gran espectro, puede generar complicaciones en caso de una epidemia porque algunos pacientes podrían tener una sintomatología muy leve, otros tendrían un conjunto de síntomas inespecíficos y otros, en cambio, podrían estar fuertemente afectados y morir a las pocas horas⁶. Que la gente con síntomas leves no acuda al médico, como decisión errónea, sería uno de las peores situaciones con las cuales el sistema de salud pública tendría que lidiar. El dengue se tipifica como una ‘enfermedad dinámica’ porque la variación de su condición puede ser súbita, hecho que exige un seguimiento permanente de los casos⁷, otro requerimiento que se le hace al sistema de salud, que puede ser un poco difícil de cumplir debido no sólo a la falta de infraestructura, sino también a la falta de personal médico. Sólo una epidemia podría mostrar la probabilidad de cumplir con estos requerimientos. Además, el dengue es considerado como la enfermedad arboviral más importante a nivel mundial por su morbilidad, mortalidad e impacto socioeconómico⁸.

Dentro del documento rotado por la Secretaría de Salud Pública de Cali a los centros comerciales de la ciudad a propósito del dengue, la institución advierte de las consecuencias que tiene la enfermedad para la economía de la ciudad, al tiempo que hace algunas consideraciones relevantes sobre ella. El gran decaimiento y la recuperación lenta, así como el ausentismo laboral y escolar que produce este malestar afectarían el turismo y la economía del país⁹. Según este tipo de informes, el dengue como tal no sólo es un problema de salud pública porque afecta la población, sino que también es un problema que compete a la

³ Ibid.

⁴ Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Guía de atención clínica integral del paciente con dengue*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2010. p. 6.

⁵ Ibid., p. 8.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Guía de atención clínica integral del paciente con dengue*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2010. p. 5.

⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Presentación para los centros comerciales*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 7.

economía del país, dado que afecta los brazos que la mueven. Michel Foucault tuvo razón cuando dijo que una de las preocupaciones sobre el control y administración de las poblaciones en el capitalismo es mantener en buenas condiciones la mano de obra que sostiene el sistema¹⁰. A esto se sumará el asunto del turismo, el cual peligrará inmediatamente cuando una ciudad o país están tildados como zonas endémicas de cierta enfermedad, digamos, el dengue. El miedo a perder turistas por ganar el rótulo de ciudad o país enfermo, será mucho más claro y robusto con la pandemia de influenza AH1N1, que con el dengue.

En resumidas cuentas, los síntomas del dengue clásico más representativos y comunes son: fiebre de 39°C, escalofríos, dolores en la espalda y en los huesos de la cadera y la espina dorsal, pulso lento, erupciones y dolores de cabeza continuos¹¹. Dura por lo general de 5 a 7 días y se identifica por su cuadro clínico repentino¹². La enfermedad tiene infinidad de complicaciones posibles, pero no será este el lugar en el que nos enfocaremos en esto, pues no es un interés principal del trabajo. El dengue clásico, tal como lo anunciaba el secretario de salud pública de Cali, no es de gravedad, pero su complicación severa, el dengue hemorrágico, sí lo es. Ésta se diferencia principalmente por las hemorragias en el cuerpo y por la posibilidad del síndrome de choque, el cual tiene una letalidad del 50% sin tratamiento adecuado; éste consiste básicamente en la acumulación de líquidos y una falla general en el sistema circulatorio¹³.

El zancudo del dengue

Habiéndose determinado que el virus es transmitido por un animal en particular, su biología se convirtió en materia crucial de investigación, pues conociendo los hábitos del mosquito se podrían diseñar estrategias más adecuadas y funcionales para su exterminio. La especie humana en busca de su auto-conservación se ve obligada a aniquilar a sus adversarios, haciendo uso de aquello que, se dice, lo separa de la animalidad, el conocimiento, podrá manipular más fácilmente la selección natural –o artificial- a su favor y lograr su cometido. Una serie de manuales y compendios estarán dedicados exclusivamente al saber profundo de la biología de esta criatura. Al igual que con la sintomatología de la enfermedad, la información sobre los hábitos conductuales del mosquito varía de acuerdo al público. Existirán datos médico-biológicos de gran complejidad, pero al final, cuando el destino es la comunidad vulnerable, es decir, toda la ciudad, la complejidad se reduce al mínimo. En un documento para la capacitación sobre dengue a estudiantes y personal de entidades públicas¹⁴, la biología del mosquito se explica con la siguiente figura.

¹⁰ Cf. p. Foucault, Michel. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XX, 2000. p. 26.

¹¹ Pérez, Javier; López, Raúl. *La lucha contra el dengue*. En: Revista National Geographic. Vol. 28, No. 3, 2011. p. 60-61.

¹² Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 8. Bogotá, 1999. p. 118

¹³ Betancourt, Eduardo; Coca, Luz Mery. *Conocimientos, creencias y prácticas en dengue. Estudio de casos y controles el Girardot (Cundinamarca)*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Cali: Universidad del Valle, 2000. p. 20.

¹⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Capacitación sobre dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 2.



El proceso de desarrollo del insecto genera complicaciones para el diseño y la aplicación de medidas de erradicación. No será lo mismo combatir los huevecillos de animal que su forma adulta. Las particularidades de cada una de las fases de desarrollo del mosquito han llegado a llenar un sinnúmero de páginas en diferentes reportes, en este trabajo nos bastará conocer que su ciclo de desarrollo posee 4 fases (huevo, larva, pupa, zancudo) y que las de mayor interés para la salud pública son, por un lado, el huevecillo - futuro promisorio de más mosquitos- y el

zancudo adulto, máquina generadora de más vectores de la enfermedad. Tanto los huevos como los moscos adultos serán el blanco principal de las campañas de erradicación del vector, en tanto que su existencia y cantidad tienen una estrecha relación con el potencial epidémico que pueda adquirir la enfermedad. Tener más zancudos del *Aedes Aegypti* no significa otra cosa que un mayor riesgo de esparcimiento de la enfermedad y de contagio por el virus.

Se explicita también que el mosquito del dengue hemorrágico, *Aedes Aegypti*, es de origen africano o de áreas subtropicales y tropicales, que puede vivir en áreas rurales y urbanas, en una altura de hasta 2.200m, con una transmisión en áreas entre los 0 y los 1.800 m.s.n.m.¹⁵. Sin embargo, se encuentra distribuido extensamente por todo el mundo¹⁶. La enfermedad se transmite sólo por una hembra que esté infectada por el virus, la cual se alimenta principalmente de día entre las 11:00 y las 16:00 horas y cuyos ovipostura ocurre en recipientes artificiales, preferiblemente¹⁷. Producto de estas investigaciones sobre la biología de la enfermedad y del vector, es la comparación entre el zancudo del dengue y otro tipo de zancudos similares a éste pero que no son transmisores. Por ejemplo, el zancudo del dengue se distingue del *Culex* porque éste último pica durante la noche, zumba, no tiene anillos blancos en su cuerpo y pone sus huevos en charcos y canales de aguas lluvias¹⁸; el *Aedes Aegypti* es visto como un zancudo doméstico por los lugares en los que prefiere poner sus huevos, pero también se ha construido, por lo menos en Cali, un conjunto de estrategias de concientización de la comunidad a través de los anillos blancos de su cuerpo. Las campañas de difusión y educación en contra del dengue hablarán de la guerra al 'patiblanco'. Otras características de la biología del zancudo serán utilizadas para construir a este pequeño pero mortal enemigo de la humanidad. La permanencia del virus en Las Américas, región de acción competente a la OPS, es explicada por la misma interacción hombre-mosquito-

¹⁵ *Ibid.*, p. 3

¹⁶ U.S. Department of Health and Human Services. *Vector Topics: Biología y control del Aedes Aegypti*. Atlanta, 1980. p. 1

¹⁷ *Ibid.*, p. 4

¹⁸ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Presentación para los centros comerciales*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 5

hombre, pues es la alimentación por sangre la que permite al mosquito transmitir la enfermedad del dengue¹⁹.

A diferencia de Asia, en América el *Aedes Aegypti* es un mosquito meramente doméstico y no selvático. Esta condición es atribuida a su origen que se presume fue el transporte por buques del Viejo al Nuevo Mundo donde los mosquitos viajaron contenidos en barriles²⁰. El *Aedes Aegypti* es el mismo mosquito transmisor de la fiebre amarilla, una enfermedad que fue una grave preocupación de salud pública tanto en África como en América, tal como lo expone Emilio Quevedo al retratar los inicios de la medicina tropical, asociados a esta enfermedad en particular²¹. De hecho, se asegura que la resistencia de los huevos del mosquito fue lo que no permitió su total erradicación, pues pueden incluso eclosionar después de haber permanecido en lugares donde ya no existía ningún líquido²². La exactitud etológica del mosquito va mucho más allá: se asegura que la hembra busca lugares umbríos en paredes no tan lisas donde pueda localizar sus huevos, su mecanismo consiste en ingerir sangre, realizar la puesta de los huevos e, inclusive, podría alimentarse de nuevo²³. Cada vez que el mosquito ingiere sangre humana aparece el riesgo de la infección, pues puede beber sangre ya infectada con el virus y así dispersarla a través de las otras picaduras. En la picadura reside el temor a la transmisión, el cual se acrecienta precisamente porque este zancudo no hace ningún ruido, actúa silencioso.

Los primeros mosquitos en Colombia se detectaron en 1880 en Neiva y Cúcuta, para 1949 se había dispersado por toda la Costa Atlántica, los ríos Cauca y Magdalena, y con dos focos: en Buenaventura y Cúcuta²⁴. Aunque las campañas emprendidas lograron su erradicación en 1961, el comercio con Venezuela por parte de la Guajira produjo una reinfestación del mosquito en 1968; ya en 1995, dos tercios del territorio nacional cuentan con presencia del insecto²⁵. La insistencia en los intercambios y las conexiones como origen de los contagios y las infestaciones será constante. De hecho, los flujos de población sobre todo serán tildados como la fuente principal de esparcimiento de la enfermedad, pues con la gente viaja el virus y el mosquito no hará otra cosa sino potencializar el intercambio de sangres virolentas. Más adelante, al hablar sobre la historia de la enfermedad, se notará que así como las navegaciones y los procesos de globalización lograron expandir el mercado, trajeron consigo también las plagas y las enfermedades. No es algo característico del dengue. Muy pocas enfermedades no son asociadas a los flujos de mercancías y gentes. Curioso es que para garantizar el comercio internacional los puertos deban ser saneados, cuando es este mismo

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 8.

²⁰ *Ibid.*, p. 16.

²¹ Quevedo, Emilio. *Op. cit.* p. 189.

²² Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 18.

²³ *Ibid.*, p. 19.

²⁴ Gould, Fred; Magori, Krisztian; Huang, Yunxin. *Enfermedades transmitidas por mosquitos*. En: *Revista Investigación y Ciencia*. No. 359, 2006. p. 7.

²⁵ *Ibid.*

flujo de mercancías el que lleva en sus contenedores insalubres y sucios los gérmenes de lo malsano.

En el caso del dengue, uno de los factores de riesgo más importantes tiene que ver con los criaderos de los mosquitos. La densidad de zancudos hembra es directamente proporcional a la susceptibilidad de la infección. La existencia de criaderos domésticos es un factor que depende de las circunstancias climatológicas como lluvia, temperatura y humedad, también está relacionada con el saneamiento básico y las buenas prácticas de la población²⁶. Por esto es que el dengue es una enfermedad que puede considerarse endémica en las zonas que llevan el rótulo de tropicales. Colombia y, específicamente Cali, caen dentro de esta categoría. Recurrentes serán las noticias en las que se anuncie que con la llegada de la ola invernal a la ciudad, ocurrirá un acenso en las enfermedades tropicales²⁷, entre ellas el dengue. En Cali confluirán las deficientes condiciones de saneamiento en algunas zonas, la predisposición climatológica y las malas prácticas de los habitantes, como agravantes de la situación epidemiológica de la ciudad en cuanto al dengue.

Cuando se dice que el mosquito del dengue es doméstico se hace referencia a sus hábitos y los lugares en los que habita: neumáticos, vasijas de agua, latas, floreros, canales, árboles, en general, cualquier objeto capaz de retener agua y que no esté rodeado de tierra por sus costados²⁸. Las hembras de *Aedes Aegypti* se sienten más atraídas por recipientes oscuros con bocas anchas ubicados en las sombras, aguas oscuras y hojas en descomposición estimulan la postura, pero evitarán los recipientes si están demasiado contaminados y expelen olores inmundos²⁹. Al convivir con el ser humano y reproducirse dentro de las propias casas o patios, los funcionarios de salud se verán obligados a irrumpir en las casas de las personas para controlar la situación, realizando fumigaciones en las diferentes divisiones de las moradas. Este tipo de intervenciones no siempre serán toleradas y llamados a la cooperación por parte de la comunidad serán necesarios en diferentes ocasiones, con el fin de llevar a cabo las desinfecciones necesarias para erradicar estos malignos bichos. En realidad, los mosquitos *Aedes Aegypti* no son muy resistentes ni poseen gran capacidad de adaptación al clima, así como las fuertes lluvias producen potenciales criaderos de zancudos, el mismo invierno puede convertirse en un limitante biológico a la existencia y desarrollo del animal. Temperaturas que salgan del rango entre los 6°C y 45°C serán extremadamente peligrosos para la vida de los mosquitos adultos, así como las primeras 48 horas de la vida de los huevos estará determinada por un equilibrio entre humedad y temperatura³⁰. Fuera de esto, se expone que las mujeres son más afectadas que los hombres por el dengue, lo cual es explicable por la misma condición doméstica del vector y su tendencia conductual a picar de día y no de noche³¹. Este tipo de análisis en las revistas médicas refrenda el imaginario de la mujer casera versus el hombre trabajador, pero por lo pronto, no habrá ninguna otra razón -

²⁶ *Ibíd.*, p. 22.

²⁷ Diario El País. *Alerta por ola invernal en el Valle del Cauca*. Cali, 15 de octubre de 2003.

²⁸ U.S. Department of Health and Human Services. *Op. cit.* p. 10.

²⁹ *Ibíd.*

³⁰ U.S. Department of Health and Human Services. *Op. cit.* p. 13.

³¹ Jaramillo, Carlos; Álvarez, Gilberto; Granados, René. *Dengue y dengue hemorrágico en Colombia desde la colonia hasta 1995*. En: Revista Tribuna Médica. Vol. 95, 1997. p. 46.

científica o no- que dé cuenta del predominio del contagio de dengue en las mujeres sobre los hombres.

Virus del dengue

Pero otro asunto es el virus del dengue. Realmente el ente maligno que produce la enfermedad no es ningún mosquito, éste sólo tuvo la mala suerte biológica de ser el transmisor ideal del virus del dengue. El virus del dengue es del tipo arbovirus con cuatro serotipos, cada uno de los cuales tiene variación genética propia³². Lo que interesa saber a nosotros por ahora es que cada una de estas sepas del virus precisa de un tipo particular de inmunidad, razón por la cual se complica, en términos médicos, la producción de una vacuna totalmente efectiva contra la enfermedad. La variación genética, por su parte, implica que algunas puedan ser más virulentas y peligrosas que otras, así como también pueden tener mayor potencial epidémico³³.

La ausencia de una vacuna efectiva contra el virus del dengue, debido a su variabilidad genética y a sus cuatro serotipos, produce un efecto singular en la connotación de esta enfermedad, y es aquella imagen de la enfermedad que puede salirse de control porque depende de las buenas prácticas de las gentes, pero al mismo tiempo, se declara que la única estrategia efectiva de minimizar el riesgo por dengue, además de la participación ciudadana, es la lucha contra los mosquitos³⁴. La cruzada contra el bicho queda así no sólo justificada, sino sobre todo programada como la principal estrategia de intervención en contra de la enfermedad. El riesgo se aumenta cuando se descubre que la infección por uno de los serotipos de dengue no implica inmunidad contra la infección por los otros serotipos³⁵. Sin embargo, no es posible infectarse por dos serotipos al mismo tiempo, si alguien es picado por dos zancudos al mismo tiempo, ambos infectados pero de distintas sepas, sólo se desarrollará en el organismo blanco una de las dos³⁶. Que la enfermedad sea transmitida por vector, implica que el dengue no es contagioso, no se transmite de persona a persona³⁷, así que el dispositivo de salud pública deberá cavilar estrategias de prevención y curación ajenas al degredo, el cual, en este caso, sería totalmente ineficiente y disfuncional.

Trayectorias del dengue

El dengue no es una enfermedad del siglo XX. Es, de hecho, una enfermedad bastante antigua y oriunda del continente africano, la cual se expandió a otras zonas a través de los

³² Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 3.

³³ *Ibid.*, p. 4.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico*. Nota descriptiva No. 117, 2009. p. 1.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 8.

³⁶ Pérez, Javier; López, Raúl. *La lucha contra el dengue*. En: Revista National Geographic. Vol. 28, No. 3, 2011. p. 61.

³⁷ Revista El Hospital. *Se notifican nuevos brotes epidémicos de dengue en el continente americano*. Vol. 51, No. 6, 1996 p. 70.

intercambios comerciales por el crecimiento de la industria, durante los siglos XVIII y XIX³⁸, el transporte de la enfermedad no se debió sólo al flujo de mercancías y productos, sino, sobre todo a los flujos masivos de personas que se asentaban en nuevos sitios³⁹. A través de estos procesos⁴⁰ empezará a construirse una asociación entre dengue, trópico y pobreza que será cada vez más naturalizada. Eventualmente, las políticas de prevención del dengue estarán enfocadas en las zonas más ‘deprimidas’, insistiendo en que los habitantes aprendan los buenos hábitos para la prevención de la enfermedad, pues se llega casi a afirmar que el dengue, siendo un problema doméstico, puede ser resuelto a través de hábitos higiénicos de los habitantes. Si tan sólo aquellos marginales dejaran de recoger aguas en vasijas infectas, los criaderos del zancudo no existirían, y las probabilidades del dengue se mitigarían y serían mínimas. Algunos estudios en salud pública se encargarán de evidenciar el núcleo del problema: la gente no actúa contra el dengue, no tiene hábitos limpios. Con este tipo de descubrimientos, se forjará la sinonimia ya mencionada entre enfermedades tropicales, pobreza y tercer mundo⁴¹, ni siquiera hoy puede hablarse de una ruptura de esta relación, pues siguen existiendo enfermedades directamente asociadas a la pobreza, a las condiciones insalubres o antihigiénicas o, inclusive, a ciertos territorios o climas específicos. Es muy difícil concebir que la sociedad nada tiene que ver con la expansión de enfermedades, pero mucho más fácil concordar en que haya una coincidencia espacial entre lo que se define como focos de suciedad, focos de pobreza y focos de infección.

En un artículo publicado por Tribuna Médica, se anunciaba que el dengue es una enfermedad presente desde la colonia y que ha recibido diferentes nombres como: “fiebre dandy”, “fiebre quebrantahuesos”, “chape-tonada” y “pasito tun-tun”⁴². Aquí mismo se menciona que las primeras epidemias estudiadas se presentaron a mediados del siglo XII en las Indias Occidentales, y en el siglo XVIII en las Indias Orientales⁴³. Sólo en 1880 Rush hará la primera descripción del cuadro clínico del dengue y Cleland, en 1916, demostró que el virus era transmitido por el *Aedes Aegypti*, hecho confirmado en 1925 por Siles⁴⁴. La primera ocasión en que aparecieron muertes por hemorragias causadas por el dengue fue en Atenias en 1928⁴⁵. Sin embargo, fue durante la epidemia de Manila, Filipinas, en 1954, donde se identifica una extraña enfermedad que fue denominada “dengue hemorrágico”⁴⁶, que la que se conocemos hoy como ‘dengue hemorrágico’. Hasta ese momento se creía que dengue clásico y dengue hemorrágico eran dos enfermedades distintas hasta que, tiempo después, se demostró científicamente que el dengue hemorrágico era un síntoma nuevo del dengue, que presentaba peligros para la mortalidad de la población, sobre todo, porque en algunos casos

³⁸ Suárez, Roberto; Forero, Ana María; Olarte, María Fernanda. *El dengue en Villavicencio: entre la realidad biológica y la realidad social*. Bogotá: Universidad de Los Andes, 2003. p. 12.

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 13.

⁴¹ *Ibíd.*, p. 17.

⁴² Jaramillo, Carlos; Álvarez, Gilberto; Granados, René. *Op. cit.* p. 1.

⁴³ *Ibíd.*, p. 46.

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 47.

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 48.

⁴⁶ González, Gerardo; Méndez, Ángela. Dengue: *Una enfermedad con múltiples manifestaciones*. En: Revista Médicas UIS. Vol. 14, No. 2, 2000. p. 60.

las hemorragias que se presentaban no eran visibles, lo cual hacía complicaba el reconocimiento de la gravedad⁴⁷. Para 1977-1978 ocurrirán epidemias con casos de dengue hemorrágico en Jamaica y Puerto Rico, y en 1980 una gran epidemia en Cuba y algunas otras islas del Caribe y Venezuela⁴⁸. Durante este período de reinfestación, ciertamente, ésta fue más rápida que los mismos programas de erradicación⁴⁹

Según la OMS, al dengue se le deben 50 millones de casos anuales a nivel mundial, con 500.000 hospitalizaciones y unas 20.000 defunciones⁵⁰. Las diferentes epidemias ocurridas en lo que la OPS llama “Las Américas” son demasiadas y, además, constantes. No alcanzaría el espacio aquí para relatar cada una de ellas y, mucho menos, para dar cuenta de las víctimas de esta terrible enfermedad y de los costos a las naciones afectadas. Básicamente, ninguno de los países del continente, excepto tal vez Canadá y un par del cono sur (como Chile), se han librado de las grandes epidemias; pero el paso del siglo XX demarcó un aumento del vector, de la circulación del virus y del número de contagiados. El resultado: mayores epidemias, con mayor número de casos, con mayor frecuencia y en más lugares del continente. Es esto lo que constantemente predicará la OPS y con lo cual inducirá a sus países miembros a actuar en contra del *Aedes Aegypti*. Hecho que siempre resultará curioso sobre esta enfermedad, pues el dengue no será nunca tan grave como la malaria, por ejemplo. Su complicación reposa en el debilitamiento que produce, y el cual obliga a un cuidado excesivo cada uno de los casos, lo cual “desborda con facilidad al personal médico y los hospitales de las ciudades tropicales”⁵¹.

La primera gran epidemia de tierra firme ocurrió en Colombia hacia 1509, específicamente en Santa María la Antigua del Darien (hoy, golfo de Urabá)⁵²; sin embargo, para estas fechas, el dengue era realmente una preocupación secundaria⁵³, pero el mosquito no, pues era el mismo vector transmisor de la fiebre amarilla, enfermedad que, en estos momentos, resultaba de mayor interés para las políticas de salud pública, tanto nacionales como internacionales. Con las políticas de mediados de siglo de la OPS antes mencionadas, Colombia logró erradicar al zancudo del territorio nacional, declarándose libre de dengue -con excepción de un foco ínfimo en Cúcuta- hasta 1967⁵⁴. Luego vendría el período de reinfestación de las Américas, del cual no escapó el país. Para 1975, el *Aedes Aegypti* había recolonizado el territorio nacional, desde la costa Atlántica, pasando por el valle del río Magdalena, los llanos orientales e iniciando su dispersión hacia el Valle del Cauca⁵⁵. Durante este período de reinfestación es que se presentarán los primeros casos de dengue hemorrágico en el país, haciendo de esta dolencia un fenómeno de salud pública un tanto más reciente, pero así mismo, bastante peligroso y con la impronta de las altas probabilidades de mortalidad. Los casos se presentaron durante la gran epidemia de dengue en el Magdalena Medio entre 1975

⁴⁷ cf. p. Ibid.

⁴⁸ Jaramillo, Carlos; Álvarez, Gilberto; Granados, René. Op. cit. p. 48.

⁴⁹ Pérez, Javier; López, Raúl. Op. cit. p. 55.

⁵⁰ Guhl, Felipe. *Medicina Tropical*. En: Acta Médica Colombiana. Vol. 24. No. 6, 1999. p. 228.

⁵¹ Gould, Fred; Magori, Krisztian; Huang, Yunxin. Op. cit. p. 62.

⁵² Ibid., p. 49.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Gould, Fred; Magori, Krisztian; Huang, Yunxin. Op. cit. p. 50.

⁵⁵ Ibid.

y 1980, la cual es bastante bien retratada y descrita en una tesis de maestría en salud pública⁵⁶.

Después de todo esto, habrá que aceptar que el dengue en Colombia es endémico, esto es, que el país, por sus condiciones climáticas y de salubridad, es propicio para la existencia del virus y del vector⁵⁷. Si acaso una vez el mosquito del dengue habría de llegar al territorio nacional por culpa de los intercambios comerciales, el saneamiento de los puertos no fue nunca suficiente, y el zancudo encontró en las tierras colombianas un clima propicio para su asentamiento y su vida. Colombia, como país situado en el trópico, no estaría libre de este peligro biológico. Además, un estudio meteorológico del país logró demostrar que el dengue en el país es *endemoe epidémico* en aquellas zonas del país ubicadas por debajo de los 1.800 m.s.n.m.⁵⁸. El estudio demostrará que existe una correlación entre la pluviosidad y la aparición del vector y la enfermedad, pero que no es totalmente determinante ni permite predecir el comportamiento de la enfermedad⁵⁹. Y es que la situación de endémica se agrava con las condiciones de pobreza e insalubridad, y con las variaciones climáticas entre invierno y verano. En el primero, las aguas torrenciales producen criaderos en recipientes a la intemperie; en el segundo, las gentes se ven obligadas a recoger agua en recipientes⁶⁰. En 1998 se declarará en Colombia una Alerta Roja por dengue debido a los 7.000 casos de dengue clásico y los 2.000 de dengue hemorrágico en el primer trimestre de dicho año (el doble del conteo de todo el año anterior)⁶¹, la emergencia sanitaria es declarada en once departamentos (entre ellos el Valle del Cauca) y se alerta sobre las posibilidades de que la situación empeore por los bruscos cambios climáticos debidos a lo que se llamó el Fenómeno del Pacífico⁶².

El mosquito se expandiría por todo el territorio hasta constituirse como un problema de salud pública nacional, concentrado en las zonas de pobreza y mayor humedad. Eso implicará que se vea a Colombia y a su dengue, como un grave problema de salud pública, pues puede poner en riesgo a más de 30 millones de habitantes⁶³. La verdad es que no existe en los documentos un cálculo que permita comprender de dónde surge esta cifra redondeada sobre la cantidad de sujetos que no encontramos en riesgo por esta enfermedad. Potencialmente, todos somos propensos a contagiarnos; pero las condiciones de humedad y la altura, así como las deficiencias en los sistemas de abastecimiento de agua, ayudarán a determinar qué zonas del país son más propensas al dengue. Si en algún momento de la historia nos quisimos despedir de nuestra relación con el clima, el dispositivo de la salud pública aparece

⁵⁶ Betancourt, Eduardo; Coca, Luz Mery. Op. cit.

⁵⁷ Lloyd, Linda et al. *Comunicación, movilización y participación: Lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre de dengue (FD)*. En: Investigación y Desarrollo. Vol. 14, No. 1, 2006. p. 124.

⁵⁸ García, Jairo; Boshell, Francisco. *Modelos de simulación y predicción del comportamiento del dengue en cuatro ciudades de Colombia, incluyendo el clima como variable moduladora de la enfermedad*. En: Revista Meteorología Colombiana. No. 8. Bogotá, 2004. p. 54.

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 59.

⁶⁰ Gould, Fred; Magori, Krisztian; Huang, Yunxin. Op. cit. p. 6.

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² *Ibíd.*

⁶³ Guhl, Felipe. Op. cit.

para recordarnos que no podemos simplemente escapar a él y que aún, muy a pesar de nosotros, nos determina en cierto grado. Al menos discursivamente, ser un país tropical será sinónimo de “tierra de enfermedades”. No en vano surge una medicina específica para estos males: La Medicina Tropical⁶⁴ con seminarios y congresos propios, como el Congreso de la Federación Internacional de Medicina Tropical y Malaria y el Congreso Latinoamericano de Medicina Tropical⁶⁵.

Algunos corrimos con la mala suerte de ser países tropicales, totalmente aptos para los zancudos del dengue (y también de otros organismos, como el *Aedes Albopictus*, zancudo de la malaria). Al final, esta situación, al igual que con los demás países del subcontinente, no hizo sino consolidar la correspondencia reificada entre las enfermedades tropicales y los países del tercer mundo. En adelante, Colombia –y con ella Cali– emprenderán una lucha contra este insecto del mal, portador del virus del dengue. Esta lucha ciertamente tiene un objetivo central que es la preservación de las condiciones apropiadas de la salud pública, sin embargo, entre los objetivos secundarios, y más bien alejados de la salud pública en sí misma, está la pugna por mantener una buena imagen que contribuya al mantenimiento de los flujos comerciales y del turismo. Nadie querrá viajar a un país que, además de tropical, esté estigmatizado por epidemias constantes y “mortales” de dengue. Sin embargo, los viajes por vía aérea son, en realidad, un aspecto ambivalente en este sentido: representan incrementos en la economía de los países por turismo y comercio, pero también garantizan el ingreso del virus y de huevecillos del mosquito. El incremento de los viajes en avión será visto como uno de los factores que influyó en la masificación del dengue, debido al intercambio entre áreas muy distantes en términos geográficos⁶⁶.

Reemergencia y reinfestación por dengue

En las Américas, el dengue se conoce hace por lo menos 200 años, las infecciones por dengue tenían una frecuencia de cada decenio o más, pero el cambio climático y otros factores como la urbanización han aumentado el potencial de infección, hasta tal punto que en los últimos 50 años, la incidencia ha aumentado aproximadamente 30 veces, sumándosele una mayor expansión geográfica⁶⁷. Actualmente, el dengue en Colombia aparece como uno de los problemas de salud pública más graves debido a que el vector se encuentra presente en el 90% del territorio nacional, adicionalmente, la urbanización acelerada constituye un riesgo, en tanto que hace que el contagio sea mucho más factible⁶⁸. En realidad, la urbanización es un problema puesto que representa aglomeración de personas y una convivencia cotidiana mucho más cercana, asunto que ha sido desde hace mucho tiempo un problema para la salud

⁶⁴ Quevedo, Emilio. Op. cit. p. 105.

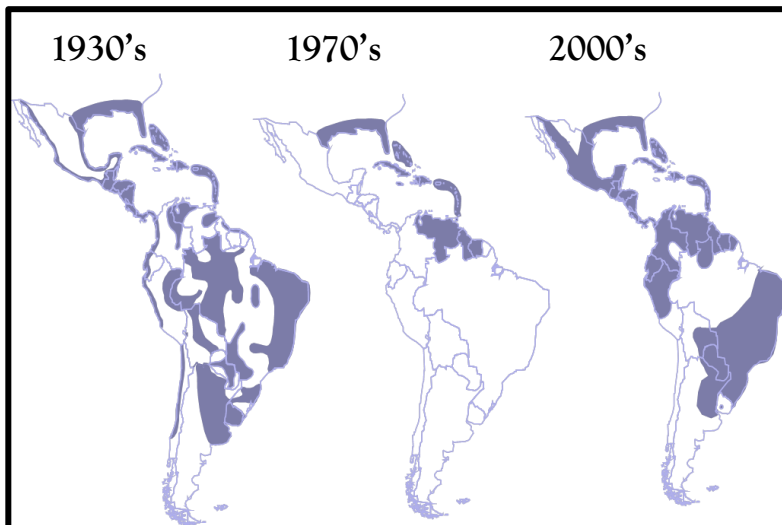
⁶⁵ Guhl, Felipe. Op. cit. p. 229.

⁶⁶ Barrera, Roberto et al. *Estratificación de una ciudad hiperendémica en dengue hemorrágico*. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 8, No. 4, 2000. p. 225.

⁶⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de Santiago de Cali*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 12.

⁶⁸ Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Guía de atención clínica integral del paciente con dengue*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2010. p. 6.

pública y la higiene⁶⁹, pues la cercanía entre las personas es siempre vista como un peligro y se busca al máximo regularlas, controlarlas o evitarlas. El riesgo del dengue en el país está asociado a una crisis de la productividad comercial e industrial producida por el decaimiento que genera la enfermedad, se piensa que una fuerte infección podría destruir la economía del país. Es éste uno de los argumentos principales por los cuales se concibe al dengue como un grave problema de salud pública, el cual no dejó nunca de estar asociado a los costos socioeconómicos que generaba.



A mediados del siglo XX tuvo lugar una campaña a nivel regional de las Américas (formalmente iniciada en 1947), que logró erradicar el vector del dengue (que es el mismo que el de la fiebre amarilla) de la mayor parte del territorio de esta región⁷⁰. Sin embargo, los problemas socioeconómicos obligaron a restar presupuestos en materia de salud y, con ello,

se redujo la falta de vigilancia y control de este vector, lo cual generó posteriormente la llamada ‘reinfestación por dengue’, cuya mayor expresión fueron las epidemias de dengue hemorrágico de Cuba en 1981 y de Venezuela en 1989 y 1990⁷¹. Mientras en las décadas de los sesenta y los setenta se presentaron las primeras epidemias leves de dengue y documentadas por laboratorios (1963-1964 Caribe y Venezuela; 1968-1969 Caribe; 1970 Colombia)⁷², la década de los ochenta representa un aumento considerable en la presencia e incidencia del dengue en esta región (1982 y 1986 en Brasil; 1987 en Bolivia; 1988 en Paraguay; 1988 en Ecuador; 1990 en Perú)⁷³. El anterior mapa muestra los procesos de reinfestación por dengue en Las Américas, para el 2000, la gran mayoría del territorio colombiano estaba impregnado por el virus.

Según estudios económicos realizados, las epidemias en Cuba y Puerto Rico, ocurridas entre 1970 y 1980, generaron costos de US\$100 millones (donde se incluyen servicios médicos,

⁶⁹ Cf. p. Corbin, Alain. *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México: FCE, 1987. p. 64.

⁷⁰ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 1.

⁷¹ *Ibíd.*

⁷² Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 3.

⁷³ *Ibíd.*

jornadas laborales perdidas, medidas de control y salarios del personal médico)⁷⁴. Este tipo de cálculos serán elaborados frecuentemente en salud pública, buscando producir una dimensión de los efectos de las epidemias en las comunidades. Hay que resaltar que en estos cálculos la salud de la población está junto a la economía nacional: la sumatoria total de un costo de alguna epidemia, sea la que fuera, agrega en una misma cifra los costos por ausentismo laboral, la inversión en medidas y políticas de intervención, y, no podía faltar, los gastos generados por servicios y personal médico. La epidemia no se cuantifica sólo por el saldo de contagiados y muertos, sino sobre todo, por los efectos al presupuesto nacional.

Tal como lo muestran los registros de la OPS, el virus y el vector se lograron expandir a toda la región de las Américas durante la década de los ochenta sobre todo, lo cual estuvo relacionado no sólo con el aumento de casos, sino también con una mayor ocurrencia de las infecciones. Si antes las epidemias se esperaban cada diez años, en estos momentos, tales episodios estaban ocurriendo cada tres y cuatro años. Las políticas de control y prevención urgían, y las que se habían realizado y abandonado anteriormente ya no serían tan funcionales. En realidad, el vector jamás desapareció del continente pues mientras algunos países habían logrado erradicarlo hacia 1962, a partir de esta misma fecha comienza la reinfestación en aquellos países que habrían logrado eliminarlo⁷⁵. El balance general resultaba en que para 1991, sólo cuatro países se hallaban libres de reinfestaciones permanentes (Chile, Bermuda, Islas Caimán y Uruguay)⁷⁶. Los países que han sido objeto de estas reinfestaciones por dengue han tenido, por lo menos, una epidemia. Para la OPS, este fenómeno no es más que una consecuencia de que los programas de erradicación del vector y de control de la enfermedad no están funcionando y que, por tanto, se requiere renovar dichas estrategias o, de lo contrario, prepararse para ataques de dengue cada vez más frecuentes y con mayor número de casos⁷⁷. La OPS se queja, además, de que muchos de los brotes de dengue no sean tenidos en cuenta hasta no tener miles de casos. Para esta institución, la detección inmediata de cualquier pequeño repunte del virus es crucial.

La prevención adquiere su máxima connotación al ser necesaria una vigilancia completa del más mínimo signo de la presencia del dengue. Este tipo de concepciones constituye el marco con el cual, posteriormente, los brotes de dengue serán inmediatamente identificados con posibles epidemias. Cada vez más, un brote de dengue será imaginado y escenificado como un potencial episodio epidémico, por lo cual los controles y medidas preventivas serán cada vez más extremas y generarán más alerta, tanto en la comunidad médica, como en el resto de la población. La condición de riesgo no cesa, pues la presencia del vector es suficiente para que una región esté al alcance del vector y de la enfermedad⁷⁸. Además, por su cuadro

⁷⁴ San Martín, José Luis; Prado, Mónica. *Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas*. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 15, No. 2, 2004. p. 135.

⁷⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 18.

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 65.

⁷⁸ U.S. Department of Health and Human Services. *Vector Topics: Biología y control del Aedes Aegypti*. Atlanta, 1980. p. 8.

clínico, la enfermedad en sus inicios puede ser confundida con alguna otra dolencia, sólo cuando las epidemias aparecen la enfermedad podría reconocerse, en el caso que la vigilancia sea poca, pero en estas circunstancias, las medidas de control y erradicación de la enfermedad ya no serían efectivas⁷⁹.

Además de la disminución de los controles de erradicación del vector, una serie de procesos condicionaron la reemergencia del dengue en la segunda mitad del siglo XX, la cual se caracterizó por lo que ya se ha mencionado anteriormente: una expansión global del vector y también una penetración de la enfermedad a los sectores rurales, hay que recordar que el dengue es una dolencia de carácter urbano, así como también una disminución del lapso entre los ciclos epidémicos de infección⁸⁰. Los procesos y circunstancias a los que hacemos referencia son, en grandes rasgos, factores ambientales (grandes almacenamientos de aguas sin protección, zonas verdaderamente amplias llenas de residuos) y los procesos cada vez mayores de urbanización⁸¹ y un mayor contacto de los habitantes. A esta última condición se le agrega la pauperización de la población y la deficiencia misma de los sistemas de saneamiento básico. Al no tener acueducto o alcantarillado, algunos sectores de las poblaciones se ven obligados a recurrir a sistemas de almacenamiento de aguas, produciendo estanques superficiales, que no son más que criaderos potenciales de zancudos. Por todo esto, es que la Organización Mundial de la Salud declaró que el dengue era una enfermedad re-emergente en Las Américas⁸².

Si bien se dice que el dengue es una enfermedad peligro para la economía del país porque ataca a todas las clases y razas sin distinción, también es importante tener en cuenta que los focos de suciedad son un correlato de los focos de infección, porque se asume que a mayor presencia de pobreza y de falta de saneamiento básico, existe una mayor presencia de criaderos, por tanto de zancudos, y, por tanto, mayor riesgo de contagio en unas poblaciones que en otras. La falla en la recolección de basuras es también un determinante en la multiplicación del vector⁸³, pues las llantas, botellas, tarros y, en últimas, cualquier recipiente que pueda contener agua es un potencial criadero del vector, sobre todo, si están presentes en una época de fuertes lluvias o inviernos. He allí el cruce entre las condiciones tropicales del territorio y las condiciones deficientes de salubridad pública que lo que generan es un agravamiento de las condiciones al predisponer la población a un mayor riesgo de epidemias por dengue. Pero los costos económicos de la enfermedad no se restringen a las limitaciones del comercio y de la actividad industrial. Debido a la misma forma en que debe ser tratada la enfermedad, y la ausencia de una vacuna que elimine el problema, los costos de hospitalización, asistencia médica y campañas para la erradicación del vector se convierten en

⁷⁹ Suárez, Roberto; Forero, Ana María; Olarte, María Fernanda. Op. cit. p. 10.

⁸⁰ Organización Panamericana de la Salud. *Boletín sobre el dengue, la fiebre amarilla y el Aedes Aegypti*. Organización Panamericana de la Salud, 1978.

⁸¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de Santiago de Cali*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 13.

⁸² *Ibíd.*, p. 18.

⁸³ *Ibíd.*, p. 16.

rubros muy elevados, que agravan aún más los efectos económicos de las epidemias de dengue⁸⁴, lo cual había sido ya señalado en algunos informes anteriores.

Epidemias de dengue en Cali

No podemos decir a ciencia cierta desde en qué fecha exacta aparece el dengue en Cali. Tampoco sería de gran ayuda saberlo, pues lo que aquí nos interesa no es construir una historia del dengue y, ni siquiera, una historia del dengue en Cali. Lo que buscamos es rastrear es la configuración del dengue como uno de los pilares de acción de la salud pública en Cali. Como siempre es necesario un punto de inicio, hemos decidido comenzar en el año 1993, cuando en Cali comienza a hablarse de un plan de contingencia ininterrumpido contra este mal. De entrada, creemos que dicho plan no existía como tal desde esta fecha, sino que más bien, retrospectivamente, se ve en este año el inicio de una mayor preocupación por el dengue, la cual se manifiesta en mayores medidas implementadas para su combate, pero también se manifiesta en un aumento en las alertas por dengue o las ya mencionadas “emergencias sanitarias”. Esta delimitación también obedece a la estipulación de la Ley 100 de 1993 que, como se ha mostrado, marca un cambio en la estructuración del dispositivo de la salud pública.

En Cali el dengue es endémico, hay casos todos los años, pero estos aumentan cada cuatro años con las apariciones de los brotes cíclicos pronosticados⁸⁵. De hecho, en una investigación la ciudad es tildada de ‘hiperendémica’⁸⁶ por la alta incidencia de la enfermedad en relación con otras zonas del país. Y la principal estrategia de lucha contra la enfermedad será la erradicación del vector, bajo el lema: *sin criaderos no hay zancudos, sin zancudos no hay dengue*⁸⁷. De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública Municipal, desde 1993 se llevan a cabo medidas de regulación y control de la enfermedad, con una periodicidad mensual, para evaluar las condiciones de los potenciales criaderos del vector⁸⁸. Se nos escapa de las manos corroborar la existencia de tales cifras, sólo algunos gráficos consolidados rebelan los casos de dengue anuales en la ciudad, pero dichos controles mensuales no son accesibles desde la misma secretaría. En todo caso, hay que resaltar la preocupación, al menos en las ideas, por mantener un control regular y permanente sobre las enfermedades y los problemas de salud pública, como el dengue. Muchas razones tenemos para dudar sobre las medidas estrictas llevadas a cabo por las instituciones. No es una cuestión de negligencia o desinterés, más bien puede estar relacionado con una falta de recursos para llevar dichas ideas al plano práctico. En caso de una fuerte crisis financiera, el

⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 1.

⁸⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 29.

⁸⁶ Maldonado, María Cristina; García, Patricia; Méndez, Fabián. *Qué saben, qué hacen y cuál es la participación de los líderes en la prevención del dengue. El caso del barrio Floralia de Santiago de Cali*. En: *Prospectiva* No. 14. Cali, 2009. p. 338

⁸⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. 34.

⁸⁸ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de Santiago de Cali*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 27.

dengue sería uno de los primeros programas en perder fondos pues, en últimas, no es realmente una enfermedad tan grave y se asume más bien como un problema de sanidad o salubridad básicas.

Lo cierto es que por un aumento en los casos de dengue (el índice aéxico en 1992 era del 38% para finales de año⁸⁹), en enero de 1993 llegarían a Cali las famosas ovitrampas. Éstas no son otra cosa que instrumentos para capturar los huevecillos del mosquito del dengue, que servirían para erradicarlos y estudiarlos. Cali sería, además, la primera ciudad en poseer estas ovitrampas y en utilizarlas para reducir los índices aéxicos antes de que estos provocaran una epidemia⁹⁰. La última epidemia registrada de dengue en Cali había ocurrido en 1990 y ante dos casos de dengue hemorrágico ocurridos en junio de este año, el médico Humberto Hernández, recomendó al municipio recobrar las estrategias de control empleadas ese año contra el episodio de este mal⁹¹. Aunque se descartó una epidemia de dengue hemorrágico (?), los dos casos de dengue hemorrágico ocurridos en junio de 1993 sirvieron para generar una alerta en la ciudad y para ejecutar las acciones de erradicación de criaderos de zancudos. De acuerdo con el comportamiento cíclico del dengue ya la ciudad debería estarse preparando para el regreso de uno de los fuertes brotes de la enfermedad. En fin, no ocurrirá realmente ninguna epidemia en la ciudad en este año.

Inmediatamente, los ciudadanos serán culpados, por parte de las instituciones de salud pública, de la expansión del dengue en la ciudad. Para las autoridades, “la falta de prevención de la ciudadanía se ha convertido en el principal cuello de botella del plan de erradicación de la enfermedad”⁹². Este tipo de argumentos es trabajo por Marcos Cueto⁹³ para el caso del dengue en Perú, al igual que en Cali, las instituciones de salud pública aseguran que si las gentes cooperaran con sus buenos hábitos e instrumentalizaran los conocimientos promovidos en las campañas educativas, el dengue sería un mal con bajísima incidencia o, inclusive, inexistente. La pregunta que se hace Cueto de fondo es si realmente la culpa la tienen las comunidades, que deben recurrir a medidas como la limpieza de recipientes en las calles, o si la responsabilidad recae en el Estado que no garantiza las condiciones mínimas de salubridad y saneamiento, con tal fin que las comunidades no tengan que recurrir a almacenamientos improvisados de agua, sino que tengan una plena cobertura de los servicios públicos. La tensión entre el dispositivo de la salud pública y la comunidad pone en evidencia un escenario aparentemente libre de conflictos. Si bien el caso de Perú no es exactamente igual al de Cali, sí veremos cómo, tanto las autoridades de salud como los habitantes de la ciudad, se quejarán uno del otro por los manejos de este problema de salubridad que es el dengue.

⁸⁹ Diario El País. *Trampas al dengue*. Cali, 12 de abril de 1993.

El índice aéxico corresponde a la proporción de las larvas del *Aedes Aegypti* dentro de un criadero potencial del mosquito.

⁹⁰ Diario El País. *Trampas para poner en jaque al dengue en Cali*. Cali, 28 de enero de 1993.

⁹¹ Diario El País. *Dengue pone en alerta a Cali*. Cali, 29 de junio de 1993.

⁹² Diario El País. *Guerra al dengue*. Cali, 3 de agosto de 1993.

⁹³ cf. p. Cueto, Marcos. *Cólera y dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: Salud y la cultura de la sobrevivencia*. En: Kingman, Eduardo (Comp.). *Historia social urbana. Espacios y flujos*. Quito: FLACSO, 2009. p. 257.

En agosto de 1994, María Eugenia Cuadros señaló un registro de 903 casos de dengue hasta ese momento⁹⁴, cifra que fue suficiente para alertar a la comunidad sobre una nueva amenaza de dengue por el invierno que ya se avecinaría. Con 924 casos en septiembre, las autoridades sanitarias de Cali se declararon en emergencia⁹⁵, una vez más, el ataque de una temible epidemia de dengue parecía inminente. Las autoridades se alertaron especialmente porque en Yumbo, municipio colindante, presentó 4 casos de dengue hemorrágico⁹⁶. La frontera y los flujos no dejan nunca de ser preocupantes, donde haya gentes infectadas, se presumen focos de infección que deben ser evitados para no permitir la propagación del virus y la enfermedad. Pero en este año también la alerta y la emergencia de las autoridades no tuvieron que enfrentarse a ninguna epidemia. Y, una vez más, las alarmas serán encendidas en febrero del año siguiente. A pesar de los 1.500 casos de dengue clásico y los 150 de dengue hemorrágico rastreados por la Secretaría de Salud Pública Municipal⁹⁷, nadie murió por la dolencia, pero sí fueron preocupantes los ausentismos laboral y escolar. De todos modos, la ciudad aparece en “riesgo epidémico” por dengue nuevamente y se señalarán los sectores del nor-oriente, sur-oriente y ladera como los más afectados por la enfermedad; además, se resaltarán que la larva del zancudo se ha vuelto casi inmune al veneno utilizado en la fumigación⁹⁸. Esta vez la ciudad parecía no tener escapatoria de la epidemia de dengue.

Las autoridades de la salud declararán a Aguablanca y Siloé como las zonas con mayor riesgo por su ubicación y porque, en invierno, todos los charcos y pozos presentes en estos lugares se convertirían en criaderos de zancudos⁹⁹. Aquí, estos dos sectores de la ciudad, los más pobres y con peor cobertura de servicios públicos, empezarán a perfilarse como los focos de infección más grandes de la ciudad, en los que tenderán a concentrarse las enfermedades. En la mayoría de las ocasiones se exalta esta condición de infección, suciedad y pobreza, pero casi nunca se subraya la causalidad de estos fenómenos. Poco a poco, tanto las márgenes del Río Cauca, como las laderas, se irán naturalizando como los sitios más riesgosos y peligrosos para la salud pública. Una pequeña etiqueta más con la cual estos habitantes tendrán que sobrevivir; asimismo, serán los lugares con los que se ensañarán las estrategias de combate, aunque ciertamente no son los únicos sectores donde aparece el dengue en la ciudad. Los mismos flujos dentro del espacio urbano se convertirán en uno de los más grandes problemas para el control de las epidemias.

En este mismo mes, concretamente el 22 de febrero, las instituciones de salud de Cali se declararán en alerta nuevamente por a la aparición insólita de casos de dengue hemorrágico¹⁰⁰. Este año la situación parece más complicada que los dos anteriores: “Pero esta plaga que tiene en alerta a las autoridades de salud, ya había hecho estragos en 1992, pero parece que esta vez el mosquito se encuentra vigoroso”¹⁰¹. Desconocemos lo que ocurrió

⁹⁴ Diario El País. *Reaparece el dengue em Cali*. Cali, 22 de agosto de 1994.

⁹⁵ Diario El País. *El dengue ataca de nuevo em Cali*. Cali, 21 de septiembre de 1994.

⁹⁶ *Ibíd.*

⁹⁷ Diario El País. *El dengue contra-ataca*. Cali, 4 de febrero de 1995.

⁹⁸ *Ibíd.*

⁹⁹ *Ibíd.*

¹⁰⁰ Diario El País. *Alerta em Cali por el dengue*. Cali, 22 de febrero de 1995.

¹⁰¹ Diario El País. *Fumigación aérea al dengue*. Cali, 23 de febrero de 1995.

fielmente en 1992 debido a la delimitación temporal que hemos tomado, pero hasta ahora seguirá siendo el hito epidémico al cual se apelará. Frecuentemente se hará comparará la situación actual con este año y pareciera ser que finalmente una epidemia tan grave está al acecho. Por otro lado, la guerra, insistimos, no se construye discursivamente contra el virus del dengue, sino contra su portador.

A veces parece hasta inverosímil decir que el dengue es causado por un virus, como la influenza, y no por un animal maligno como el *Aedes Aegypti*. Solamente esbozaremos que al



existir un vector como en este caso, la cruzada de la salud pública puede cosificar a su enemigo de una manera más sencilla y visible: es mucho más fácil combatir, desde la educación de las masas, a un insecto que a un virus que no es siquiera un ser técnicamente vivo. La historia de la percepción olfativa propuesta por Alain Corbin, con su descripción del cambio de preferencias de lo olfativo a lo visual¹⁰², puede seguramente darnos pistas para entender por qué es mucho más efectivo atacar a un organismo multicelular visible ante los ojos, que una cápsula de ácidos nucleicos que viaja por los torrentes

sanguíneos. Ubicar adminículos al mosquito del dengue como “vigoroso”, “temible”, “despiadado”, “sombrio”, no es más que otro mecanismo de producción de este enemigo biológico para afianzar la lucha contra él. En las campañas educativas y de prevención el zancudo del dengue será personificado, como en esta caricatura, y será presentado como una verdadera criatura maligna, la cual es plenamente justificable exterminar de los ecosistemas, en pos de garantizar la supervivencia humana.

El 10 de julio de 1995 la administración del municipio decidirá, por fin, a través de un decreto establecer un programa preventivo contra el dengue¹⁰³, después de los distintos brotes que han amenazado con afectar la ciudad, y también, después de que se haya denunciado que las medidas de control ejercidas por las instituciones de salud son poco eficientes para combatir la plaga¹⁰⁴. Pero en a mediados de noviembre, el sistema de salud declarará de nuevo que el dengue tiene a Cali en riesgo epidémico, recordando que las zonas de mayor incidencia son Aguablanca y la ladera de Siloé, y también un especial crecimiento de la densidad del zancudo del dengue en las comunas 2, 4, 5, 6 y 7, pero también en las “exclusivas urbanizaciones” del sur de la ciudad¹⁰⁵. Esta será la última alerta anunciada en la ciudad por ahora pero, al igual que los dos años anteriores, no se presentó ninguna verdadera

¹⁰² Cf. p. Corbin, Alain. Op. cit. p. 98, 157, 247.

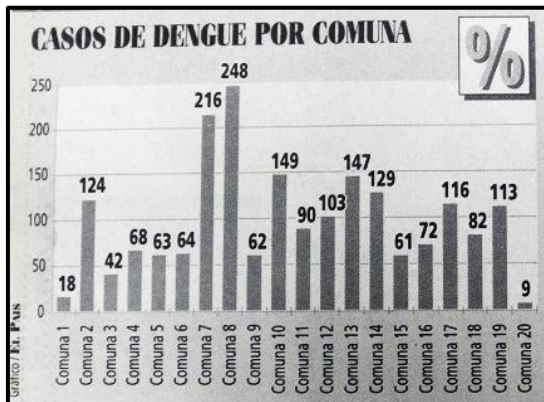
¹⁰³ Diario El País. *Salud: “guerra” al dengue*. Cali, 10 de julio de 1995.

¹⁰⁴ Diario El País. *‘Aedes’, una plaga mortal*. Cali, 26 de febrero de 1995.

¹⁰⁵ Diario El País. *El dengue sigue enfermando a Cali*. Cali, 14 de noviembre de 1995.

epidemia y el riesgo epidémico permaneció sólo en las declaraciones de las instituciones de salud. La alerta de noviembre se explica por la llegada de la ola invernal a la ciudad que prometería un incremento considerable en los casos de dengue clásico y dengue hemorrágico. La situación se agravaba por la acumulación de casos antes mencionada. La epidemia se mostraba inminente una vez más.

Durante 1996 no se encuentran menciones relevantes a los brotes de dengue y puede decirse que, en este sentido, es un año muerto o “libre” de infecciones preocupantes o, más bien, no hubo declaración de alertas por riesgos epidemiológicos. Situación que permaneció hasta septiembre del año siguiente, cuando en el diario El País se anunciaba que ‘El Niño’ alborotó al dengue, haciendo referencia al intenso calor presente en la ciudad, lo cual conllevó a que las autoridades de salud declararan alerta amarilla por dengue en las 106 instituciones de salud de la ciudad¹⁰⁶. Los 2.004 casos de dengue clásico, junto con los 64 de dengue hemorrágico, reportados en este año¹⁰⁷, hicieron que para enero de 1998 las alarmas por riesgo epidémico en la ciudad se encendieran de nuevo y se prometió iniciar una campaña masiva de fumigación y prevención.



Este gráfico muestra los casos de dengue registrados en 1997 por comuna y su incremento relativo de acuerdo con el año anterior a éste (1996). De acuerdo con esos datos, será dibujado el mapa de Cali, por comunas, de acuerdo con su nivel de riesgo por dengue. En términos generales, la gran mayoría de la ciudad está en riesgo de contagiar la enfermedad, pero ciertamente, los mayores focos de infección por dengue están concentrados sobre todo en Aguablanca, y no tanto en Siloé y la ladera, que muestran más bien una tendencia a los bajos niveles de riesgo. Este tipo de ‘geografías de la enfermedad’, son las que permiten al dispositivo de la salud priorizar algunas áreas de intervención sobre otras, al tiempo que se incrementa la representación de estos sectores de la ciudad como sucios e infectos. Aunque, como hemos visto, se supone que todos estamos en riesgo de dengue, son las zonas menos favorecidas de la ciudad, las que portan la impronta del ‘riesgo máximo’. Estas ‘geografías de la enfermedad’ eventualmente coincidirán con otro tipo de zonificaciones de la ciudad, como las de pobreza o conflicto, y servirán para agregar ingredientes a un estigma social sobre particulares espacialidades de Cali.

¹⁰⁶ Diario El País. ‘El Niño’ alborotó el dengue en Cali. Cali, 8 de septiembre de 1997.

¹⁰⁷ Diario El País. Le ponen freno al dengue en Cali. Cali, 6 de enero de 1998.

Dadas estas alarmantes condiciones, se decide en enero de 1998 declarar, ya no riesgo epidémico, sino ‘emergencia sanitaria’ en la ciudad. Esta medida será objeto de disputa entre las mismas autoridades de la salud. Por un lado, Laureano Quintero, Jefe de Urgencias del Hospital Universitario del Valle dirá que la medida es necesaria porque el número de casos de dengue tiene saturadas las instituciones de servicios médicos de la ciudad, desde el nivel I hasta el nivel III de atención¹⁰⁸. Pero para el Secretario de Salud Pública, Édgar Iván Ortiz, la medida es exagerada, sobre todo porque al declarar emergencia sanitaria en la ciudad, se podría perjudicar a la ciudad en términos socioeconómicos pues, en palabras de Ortiz, “todo aquel que llegue a Cali va a pensar que está en riesgo de contraer la enfermedad”¹⁰⁹. Lo que está en discusión entre estos dos funcionarios no es solamente un rótulo, pues en realidad, la declaratoria de una emergencia sanitaria es una medida jurídica que permite movilizar ágilmente recursos desde la nación para que el municipio pueda enfrentar alguna emergencia epidémica¹¹⁰. Como es evidente, a Ortiz le preocupa la imagen que la ciudad pueda obtener al generarse una emergencia sanitaria y es claro al anunciar las consecuencias socioeconómicas para el municipio de declararse esta medida. En estos casos es cuando pareciera ser que, como dice Emilio Quevedo, las medidas de salud pública están supeditadas completamente a los intereses económicos¹¹¹. Y estos intereses se hayan codificados en la imagen de la ciudad, pues sería una gran tragedia que la capital mundial de la salsa fuera al mismo tiempo la capital infecta de dengue hemorrágico. Las acciones en materia de salud pública estarán constantemente dentro de esta tensión, pues mientras que para el director del Hospital Universitario (a cuyo ‘bando’ se unirán Fernando Gutiérrez, director de la clínica del ISS -Instituto del Seguro Social- y Juan de Dios Villegas, director del Hospital San Juan de Dios) urge declarar la medida y traer recursos del Estado central para resolver la crisis evidente, el secretario de salud considera que con los rubros del municipio se puede superar esta situación. No es útil pensar que el sector médico es un gremio homogéneo con iguales intereses y visiones. No es útil porque cada vez más los sectores se irán diferenciando e irán implantando disputas por las medidas y acciones que deben o que son llevadas a cabo para responder a los episodios graves (o no) de salud pública. También, cada vez más, la salud pública será un asunto que se discute desde diferentes lugares, no sólo desde los académicos.

Nada ocurrirá después de esta disputa, pues para febrero de este año, se notificó un cese en la actividad del dengue y del *Aedes Aegypti*, la cual fue atribuida a la labor de las políticas de salud y la colaboración de la comunidad¹¹²; pero al mismo tiempo, el secretario de salud, advertirá sobre un posible incremento a finales de ese año y comienzos del siguiente debido a los cambios climáticos¹¹³. Sean miles o decenas de casos, Cali nunca estará libre de la amenaza de dengue. Incluso cuando la enfermedad cede, las olas invernales y de calor anuales representan un riesgo inminente. La dimensión preventiva de este dispositivo de salud obliga a los sujetos a estar siempre alertas contra los ataques de las enfermedades, pensemos por un

¹⁰⁸ Diario El País. *Polémica por el dengue*. Cali, 24 de enero de 1998.

¹⁰⁹ Diario El País. *Polémica por el dengue*. Cali, 24 de enero de 1998.

¹¹⁰ Diario El País. *Polémica por el dengue*. Cali, 24 de enero de 1998.

¹¹¹ Quevedo, Emilio. Op. cit. p. 37.

¹¹² Diario El País. *Cede el dengue en Cali*. Cali, 27 de febrero de 1998.

¹¹³ Diario El País. *Disminuyó el dengue en Cali*. Cali, 5 de septiembre de 1998.

momento que esta parafernalia de advertencias es sólo para el dengue, y recordemos las demás dolencias que afectan la ciudad y que pueden ser un poco más riesgosas en términos de mortalidad, como la tuberculosis, el cáncer o la malaria. Su estigma de ciudad tropical es lo que la hace vivir en un constante riesgo epidémico y veremos que esto es algo constante, aunque con ciertos picos.

Muy a pesar de estos pronósticos y de las alertas, para abril de 1999, sólo se reportaron 50 casos de dengue por mes, a diferencia de los 362 que existían para esa época en 1998¹¹⁴. Las autoridades de salud se regocijan con su triunfo sobre el mosquito del dengue y su plaga viral maligna, y sobre todo en sus exitosas políticas de erradicación, pero recuerdan que no se debe bajar la guardia en esta guerra a muerte contra el *Aedes Aegypti*. Dichas acciones parecieron ser exitosas en lo que restaba de este año y en la totalidad del siguiente. Pero en el 2001, 3 muertes por dengue reactivaron las alarmas en la ciudad. Las acciones de control y erradicación de las autoridades de salud ya no parecían ser tan efectivas y diligentes, una habitante del barrio Los Guadales se quejaba de la situación del caño de la calle 72, y de sus constantes llamados a la salud pública para que limpiaran este depósito masivo de aguas, pero dicha acción no había sido posible¹¹⁵. Asimismo, se denunciaba que el sector de Aguablanca se había

contabilizado unos 200 sumideros de agua donde podrían proliferar los mosquitos del dengue y que esta zona, con sus 500.000 habitantes, podrían convertirse en el foco de una epidemia¹¹⁶. Y es que en este mismo año, el sistema de salud de Cali pasaba por una grave crisis por falta de insumos, las pésimas condiciones económicas de las instituciones, ahora Empresas Sociales del Estado, llegaban al punto de no contar con alcohol ni algodón y que, en sólo 7 de las 108 instituciones, se estuviera prestando el



¹¹⁴ Diario El País. *Zancudos acosan a los caleños*. Cali, 10 de abril de 1999.

¹¹⁵ Diario El País. *Casos de dengue en barrios de Cali*. Cali, 8 de junio de 2001.

¹¹⁶ *Ibid.*

servicio de urgencias¹¹⁷. Si el dengue llegara a atacar en estas condiciones, era evidente que el sistema de salud colapsaría, de ahí también que las alarmas empezaran a encenderse aún más.

Este mapa muestra los casos de dengue entre enero de 1998 y diciembre de 2000, justo antes de que la enfermedad volviese a significar un asunto de peligro epidemiológico. De acuerdo con la distribución espacial de los casos, se nota que el sector de Aguablanca sigue siendo el más perjudicado y afectado por la enfermedad. Y es que las condiciones de salubridad del sector no han sido nunca las mejores. Según los estudios de Édgar Vásquez, esta zona fue construyéndose poco a poco por migrantes a la ciudad que buscaban dónde asentarse, y encontraban en el oriente de la ciudad una opción de vida, aunque siempre a través de invasiones o barrios piratas, pero es finalmente hacia 1982 cuando puede empezar a hablarse del Distrito de Aguablanca¹¹⁸. Las deficientes condiciones de cobertura de servicios públicos, junto con la contaminación del Río Cauca, adyacente a este sector, pueden explicar la mayor proliferación de la enfermedad; sin embargo, muy pocas veces se menciona que son las pésimas condiciones ambientales y salubres las culpables, pero sí es mucho más destacada la ‘poca participación’ de la comunidad con las autoridades de salud y los planes de erradicación y prevención de criaderos. Insistimos en que, aunque la enfermedad nos hace a todos sujetos posibles de contagio, en el ranking de los barrios por número de casos, sólo aparece hasta la casilla 20, Ciudad Jardín, un barrio de estrato socioeconómico superior a 3. Al final, y a pesar de los empeños de la OPS por definir el dengue como una enfermedad doméstica que afecta a toda la población, en la práctica, el dengue es una enfermedad tropical y una enfermedad de los pobres, como muchas otras.

360 casos de dengue se presentarán en Cali para febrero de 2002, pero esta vez las autoridades de salud tienen dos nuevas inquietudes al respecto. En primera instancia, los programas de erradicación mostraron una disminución del índice aéreo del 19% al 8%, versus un aumento en los contagios¹¹⁹. Las autoridades sanitarias no encontrarán razones para justificar por qué, a pesar de que existan menos zancudos de dengue, los casos aumentan. La respuesta que los funcionarios dan a esta contradicción es la movilidad de personas entre diferentes municipios del Valle, en los cuales “se han registrado fuertes epidemias de la enfermedad”¹²⁰. Estos intercambios entre personas siempre han sido vistos con malos ojos por la salud pública, como ya lo habíamos mencionado, se presume que con las demás zonas son infectas y que el contacto con dichas regiones es una condición suficiente para la propagación (o importación) de una enfermedad, y la consecuente generación de una epidemia. La segunda inquietud tiene que ver con la sobre-diagnóstico de los casos de dengue. Rodrigo Herrera, secretario de salud, explica que muchas enfermedades están siendo confundidas con el dengue¹²¹, la peligrosa enfermedad, lo cual no está permitiendo realizar diagnósticos fieles a la realidad y, más bien, se está generando cierta incertidumbre, no sólo entre la población, sino también entre las autoridades médicas.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Vásquez, Édgar. *Historia de Cali en el siglo 20. Sociedad, economía, cultura y espacio*. Cali: Artes Gráficas del Valle, 2001. p. 294-296.

¹¹⁹ *Diario El País. Caleños, a la cama por un zancudo*. Cali, 13 de febrero de 2002.

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ *Ibid.*

Desde los controles asumidos a inicios del nuevo milenio, el dengue no hará sino presentar disminuciones con leves brotes. La enfermedad parece estar bajo control. En septiembre de 2003 se hace un balance de los casos de dengue en Cali: 991 de dengue clásico y 350 de dengue hemorrágico, cifras que, comparadas con las de 2002, representan una disminución de la dolencia en un 65%¹²². Los programas de erradicación y prevención de la ciudad son nuevamente alabados, la participación comunitaria a este respecto se menciona menos. Sin reportes considerables durante el 2004, a inicios del 2005 se realizará un llamado a la comunidad caleña para que colabore con las políticas de prevención contra la enfermedad, pues aunque los operativos se han seguido realizando, “sin embargo, esta labor se ha visto obstaculizada por la desconfianza de algunos ciudadanos hacia las personas que desarrollan esta tarea, los cuales han sido objeto de confusiones que incluso han terminado en agresiones”¹²³. Es que tal vez no es muy agradable que, sin previo aviso, una serie de uniformados penetre la intimidad del hogar a fumigar habitaciones y a desechar floreos y otros recipientes contenedores de aguas. Nos parece que el núcleo de este conflicto no radica en la actitud de los habitantes, sino más bien en una falta de información hacia la comunidad a la que, a pesar de las campañas educativas, no siempre se le informa efectivamente de los programas y de las formas de proceder de las instituciones de salud.

Pero en este mismo año, tres nuevos contagiados con dengue hemorrágico harán encender las alarmas de la ciudad contra el dengue, nuevamente. La gerente de medicina interna del Hospital Universitario, Lena Barrera, confirió esta responsabilidad a los cambios climáticos de la fecha, al tiempo que explicaba que esta no era una enfermedad asociada a la pobreza ni a las aguas sucias estancadas¹²⁴, como era de esperarse. Inmediatamente, Héctor Fabio Cortés, secretario de salud, señaló que las condiciones de este año de la ciudad no dan para hablar de una epidemia como sí ocurrió en 1993, 1995 y 1998¹²⁵ (?). En efecto, las situaciones de estos años parecieron ser más alarmantes que ahora, pero no podremos saber si fue en realidad por las condiciones y los casos del momento, o por el despliegue mediático que se le dieron a los brotes y su ligazón estrecha con episodios inminentes de epidemias. Evoquemos las alarmas por riesgos epidémicos y las discusiones entre autoridades sanitarias sobre si era pertinente declarar una emergencia sanitaria en la ciudad o no.

Con sólo 28 casos de dengue clásico en enero de 2007, se advierte una mejora en los programas de prevención y control del dengue¹²⁶, los cuales son de nuevo halagados. En esta ocasión será algo especial, pues no sólo se celebra que los programas se ejecuten como tal desde 1998, sino que el tipo de control que se aplica en la ciudad es de los más efectivos, y que aparece también como modelo para otras ciudades colombianas¹²⁷. Los controles contra la enfermedad serán intensificados, a pesar que no se haya presentado ningún brote en la

¹²² Diario El País. *Disminuyen casos de dengue*. Cali, 30 de septiembre de 2003.

¹²³ Diario El País. *Confusión por controles al dengue*. Cali, 2 de febrero de 2005.

¹²⁴ Diario El País. *El dengue ataca de nuevo*. Cali, 20 de agosto de 2005.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ Diario El País. *Alertan mejora en prevención del dengue*. Cali, 20 de enero de 2007.

¹²⁷ *Ibid.*

ciudad en lo que se llevaba de este año¹²⁸. Las fiestas que celebran la ausencia del dengue o su cesión en total en el territorio caleño, terminará pronto. En el primer trimestre de 2008 se detecta un aumento de la presencia del zancudo y del virus del dengue, no sólo en la ciudad, sino en todo el país. En Cali, se detectaron 191 casos en lo que se llevaba del año¹²⁹, de tal forma que el enemigo que se creía disminuido y casi derrotado, adquiere fuerza de nuevo, y esta vez atado a un fenómeno más nacional. En esta ocasión, los llamados no se hacen sólo desde la Secretaría de Salud Pública Municipal, sino también desde el Ministerio de Protección social, que anuncia, con la ola invernal y el calentamiento global, la creación de unas condiciones propicias para el desarrollo biológico del vector del dengue¹³⁰. Se dictamina además, que las zonas con mayor hacinamiento y contaminación son las más riesgosas, como las comunas 18 y 20 de Cali¹³¹. Argumento opuesto al de la médica Barrera usado unos años antes, el cual desvinculaba completamente la propagación de la enfermedad de las condiciones higiénicas y de las situaciones de pobreza. La existencia de argumentos opuestos dentro del sector médico no es algo que deba sorprendernos, pues ya hemos visto que esta “clase social” es todo menos un ente homogéneo. No sólo hay intereses cruzados, sino también percepciones contrarias sobre el mundo social. Lo impactante de estos argumentos es el poder de verdad que pueden llegar a tener, debido a la autoridad científica otorgada por el saber médico, y un saber médico que no oculta su dimensión sociológica. Antes estas circunstancias, cómo no hablar de una situación de desinformación, cuando de un mismo gremio médico se obtienen señales contrarias. La capacidad que tienen los profesionales de la salud de hablar sobre el cuerpo social, y no sólo el individual, es un elemento que debe ser auscultado con precaución por los impactos que genera en las mentalidades de los sujetos (suponiendo una comunicación directa entre estos dos grupos sociales). Cómo no creerle al médico, si es él el que tiene el saber sobre mi cuerpo y sobre mi vida.

Al finalizar el 2008, se tienen en total 1.094 casos de dengue, con un índice aéxico de 3.8%, lo cual es considerado como un descenso sustancial en la presencia de la enfermedad¹³², a pesar de las alertas de incrementos a inicios de año. Ya no es sorpresivo para nosotros que se detecte un incremento de los casos de dengue entre enero y abril, pues es pan de cada año, así como lo son también en algunos casos las alertas que se encienden a este respecto. Hay que notar, es cierto, que hace varios años de se enciende una alerta como la de 1998, pues no ha habido realmente brotes de dengue de una magnitud suficiente para llegar a declarar una emergencia sanitaria, o algún otro estado especial de salubridad. En realidad, para abril de 2009, la ciudad tendrá que ocuparse de un mal que le robará, por un brevísimo tiempo, el protagonismo al dengue: la influenza AH1N1 y su temida llegada a Cali.

La llegada de la influenza no evitó en absoluto que el dengue cobrara, a finales del 2009, dimensiones desproporcionadas: se detectaron 4.437 casos en el año, mientras que en el 2008 se detectaron apenas 826, según datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal¹³³.

¹²⁸ Diario El País. *Más controles para evitar dengue*. Cali, 11 de julio de 2007.

¹²⁹ Diario El País. *Caleños, ‘picados’ por el dengue*. Cali, 24 de abril de 2008.

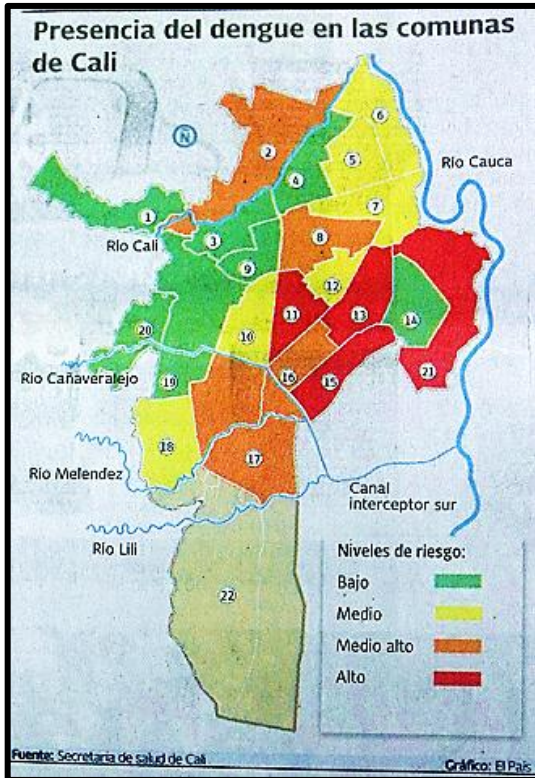
¹³⁰ N-194

¹³¹ N-194

¹³² N-205

¹³³ N-280

Esta desmesura de la aparición del dengue marcaría el inicio de una verdadera epidemia de dengue, si se le compara con los años anteriores. El 2009 sería conocido como ‘el año del dengue’ por parte de algunos especialistas que notaron el aumento de los casos, a pesar que la pandemia por influenza había captado toda la atención mediática desde inicios hasta mediados de este año. Como es habitual, el secretario de salud pública, para esta fecha Alejandro Varela, achacó a los cambios climáticos –específicamente a la ola invernal de noviembre- el aumento de los casos de dengue, debido al crecimiento de los criaderos de *Aedes Aegypti* por la pluviosidad¹³⁴. El mapa de Cali de acuerdo al dengue quedaría así:



La variación en la distribución de la enfermedad es realmente mínima. Los mismos sectores de la ciudad siguen siendo los de mayor riesgo epidémico por dengue. Para esta fecha, ya aparecen dentro del mapa de Cali las comunas 21 y 22, la primera de se constituirá como una de las más riesgosas por su cercanía a las márgenes del río, tal como se evidencia en el mapa elaborado por el diario El País, con base en los datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Con esta situación a finales de 2009, se declarará finalmente, en enero de 2010, que la ciudad se encuentra frente a un gran brote¹³⁵, sea cual sea la razón –cambios climáticos, aumentos de criaderos, falta de participación comunitaria-, la cantidad de casos está presta de nuevo a encender las alarmas por salubridad en Cali. A nivel departamental, \$250 millones serían destinados para la prevención y los programas de

control de esta enfermedad¹³⁶, pues el problema no será sólo de Cali (nunca lo había sido), sino que la epidemia parecía prometer, esta vez, dimensiones excepcionales.

La ‘urgencia manifiesta’ por dengue en Cali, que equivale a una situación de alerta roja o emergencia sanitaria, es declarada por el pronóstico del IDEAM sobre el aumento de la intensidad del Fenómeno del Niño¹³⁷. El otro argumento de la Secretaría de Salud Pública Municipal para declarar esta medida fue el incremento de los casos de dengue durante enero de 2010 y la muerte de 4 personas a causa de esta enfermedad¹³⁸. Ante un diagnóstico

¹³⁴ Diario El País. Cali, ‘picada’ por brote de dengue. Cali, 28 de noviembre de 2009.

¹³⁵ Diario El País. Alerta por brote de dengue en Cali. Cali, 21 de enero de 2010.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 42

¹³⁸ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue. Versión 2. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 8

incierto y ante los descubrimientos científicos que establecen una conexión entre la meteorología y la viremia, las entidades locales no tienen más opción que alistar sus armas para esta guerra fría en contra del insecto del dengue. La necesidad de identificar lo antes posible cualquier leve aumento en los casos de esta enfermedad se explica por los lineamientos de la OPS, antes mencionados, que aconsejan a los países la detección con prisa de los casos para prevenir cualquier posible epidemia. Recordemos que la prevención y el control serán las dos columnas sobre las que se erige la salud pública.

Para el 25 de enero, Diego Palacio, el ministro de protección social, anunció que el 70% de los habitantes del país están en riesgo de contraer dengue o malaria, debido principalmente a la ubicación de los territorios debajo de los 1.800 m.s.n.m. y los cambios climáticos del país, especialmente las sequías¹³⁹. En Cali se cumplen estas dos condiciones, pues no sólo la ciudad se encuentra a 1.000 m.s.n.m., sino que se presentaron con crudeza los efectos de los cambios climáticos. Dichos efectos se expresarán en las altas tasas de contagio por dengue: 218 casos, lo cual cuadruplicó las cifras para este mismo período en el 2009 (54 casos), para esta misma fecha, sólo en el Hospital Universitario se habrán reportado cuatro muertes a causa de esta enfermedad¹⁴⁰. El secretario de salud aseguró que tanto Palmira, como Cali y Barranquilla, son las ciudades más afectadas por brotes de dengue, pues “están en un clima tropical y cercanas a los ríos”¹⁴¹. Y Cali que es la ciudad de los siete ríos. Al mismo tiempo, las autoridades de salud harán un llamado de atención a las instituciones de salud para que sean más eficientes en la detección de los casos, pues se dice que la mayoría de ellos no están siendo detectados a tiempo y eso genera más riesgo de muerte para los caleños¹⁴².

Paralela, o más bien en conjunto con el dengue, la influenza AH1N1 se encargará de aumentar las consultas en los centros hospitalarios de la salud. Tanto el Centro Médico Imbanaco, el Hospital Universitario del Valle, como las clínicas Tequendama, San Fernando, Rey David y Nuestra Señora de los Remedios, reportaron un aumento de cerca del 35% en las consultas por gripa, dengue e influenza para el primer mes en Cali¹⁴³. La ubicación no favorece a la ciudad. Su localización a los 1.000 m.s.n.m. la ubica dentro del rango en el que el *Aedes Aegypti* puede cumplir su ciclo vital. Y es que la declaratoria de la urgencia manifiesta proviene de un aumento de casos ya notorio en el 2009. De modo que apenas a inicios de 2010 se superan las cifras de medio año en un mes. Para estas fechas, la ciudad se empezará a preparar para la llegada del Fenómeno de El Niño, que amenaza con azotar la ciudad y dejar secuelas, como el aumento de las enfermedades, y entre ellas el dengue. Con el aumento de los casos, la condición endémica de la ciudad y las no muy promisorias condiciones ambientales y climáticas del futuro inmediato, la ‘urgencia manifiesta’ aparece como un mecanismo lógico y necesario para poder prevenir lo máximo posible, antes que la epidemia coja fuerza y pueda realmente menguar la población, pero también la economía de la sociedad caleña y la imagen misma de la ciudad.

¹³⁹ Diario El País. *Cali, amenazada por brotes de dengue y malaria*. Cali, 25 de enero de 2010.

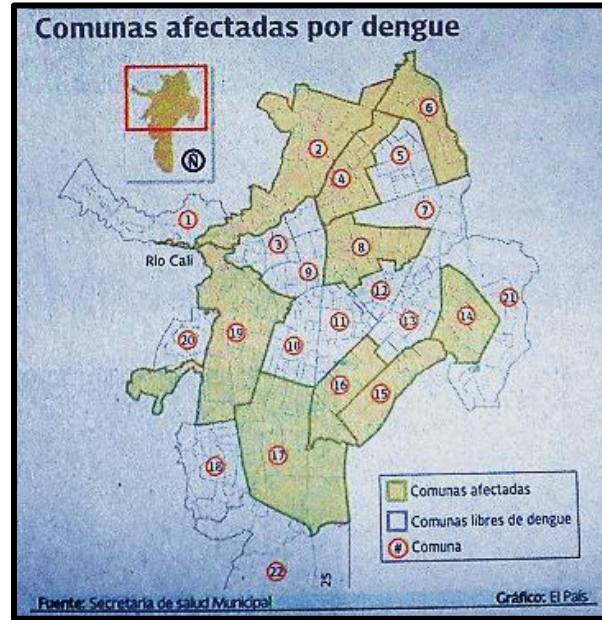
¹⁴⁰ *Ibíd.*

¹⁴¹ *Ibíd.*

¹⁴² *Ibíd.*

¹⁴³ Diario El País. *Se disparan consultas por gripe y dengue*. Cali, 4 de febrero de 2010.

Al confirmarse el quinto caso de muerte por dengue en la ciudad, el 6 de febrero de 2010, será declarada la emergencia sanitaria¹⁴⁴ por dengue en Cali. Los casos, según datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se presentaron en las comunas 6, 8, 13, 14 y 20¹⁴⁵ (el mapa presenta las comunas afectadas por el dengue para esa fecha y las que aún se encuentran libres de la enfermedad), es decir, la ladera y el oriente de la ciudad. Así existan casos en otras áreas de la ciudad, y así la frecuencia sea mayor en otras áreas que en el caso de las laderas, estas dos zonas, por alguna no tan extraña razón, son presentadas como los focos de infección de la urbe. Para mediados de febrero de este año, nueve comunas de la ciudad presentarán casos de infección por dengue, ubicándose en el norte, sur y oriente de la ciudad, al mismo tiempo, se habrán contabilizado 1.200 casos de dengue, con 386 hospitalizaciones y 185 casos de dengue hemorrágico severo¹⁴⁶.



Ciertamente las cifras epidemiológicas del período de este año señalan un fuerte brote de dengue que azota la ciudad, lo cual no ocurría con tal magnitud, puede decirse, desde 1998. Sin embargo, durante estos diez años las alarmas nunca estuvieron apagadas del todo, y los controles y políticas de erradicación del vector jamás cedieron. Después de una serie de alertas ‘innecesarias’, la ciudad se enfrenta a un brote letal de la enfermedad, que incluso tomó, como ya se dijo, dimensiones nacionales. La situación de emergencia no surge en el 2010, pues el aumento de casos tenía ya un historial desde noviembre de 2009 y su expresión para estas fechas tiene que ver, sí con los cambios climáticos acostumbrados de inicios de año, pero también con un período de incubación del virus, a nivel poblaciones, que sólo hasta estos momentos empezaría a manifestarse.

El brote no cesará con el paso de febrero, que es lo que podría haberse esperado, pues era lo que ocurría con los anteriores picos de la enfermedad. Así como se esperaba un incremento a inicios de año, se esperaba también un descenso después de los primeros meses. En marzo, Cali se constituye como el municipio del Valle del Cauca más afectado por la enfermedad, con 2.008 personas tuvieron dengue clásico, 240 dengue hemorrágico y se presentaron 5 muertes¹⁴⁷. Paradójicamente, mientras a nivel nacional se lanza un SOS en donde se anuncia que el Valle del Cauca es el departamento más afectado por esta enfermedad, en Cali se

¹⁴⁴ Diario El País. *Declaran emergencia por dengue hemorrágico*. Cali, 6 de febrero de 2010.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Diario El País. *El dengue ya afectó 9 comunas*. Cali, 17 de febrero de 2010.

¹⁴⁷ Diario El País. *“No hay recursos suficientes para combatir el dengue”*. Cali, 3 de marzo de 2010.

presume que ésta es la única ciudad donde el vector está realmente controlado¹⁴⁸. Aunque se registran 3.117 casos de dengue para esa fecha en la ciudad –siendo que en el Valle se presentan 5.392, es decir el 57,8% de casos del departamento corresponden sólo a Cali-, se saca a relucir un descenso en la incidencia de la enfermedad, pues mientras en la segunda semana de febrero, el número de afectados llegó a 518, durante la segunda semana de marzo, sólo se presentaron 145 casos¹⁴⁹. Las alarmas, no obstante, no cesarán tan pronto como se creía, para finales de abril se contabilizan 389 casos de dengue hemorrágico¹⁵⁰, que son demasiados, si se comparan con los 24 casos de todo el 2009. En todo caso, aun con la epidemia controlada, estos episodios eran de esperarse, en tanto que el virus alcanzaba su nivel máximo de expresión. Las acciones en contra del vector serán nuevamente motivo de regocijo, pues a pesar de los incrementos en el número de casos totales, la incidencia del dengue ha disminuido hasta causar sólo 110 casos semanales¹⁵¹, hecho que ya se esbozaba para marzo de este mismo año. Y aunque el pico del brote se explica por la entrada de un nuevo serotipo de dengue (serotipo 2) a la ciudad¹⁵², la mayor urgencia ya ha cesado y sólo queda continuar con los estrictos controles de erradicación hasta que el dengue esté otra vez bajo control.

	2008	2009	2010
Muertes por dengue	0	7	5
Dengue hemorrágico	8	24	389
Dengue clásico	871	4.252	5.070

Esta tabla, basada en datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, muestra un balance de los últimos tres años de los perjuicios ocasionados por el dengue a la población caleña, donde se

puede notar más claramente el aumento de la incidencia de la enfermedad en el 2009, fecha desde la cual se presume la incubación del virus. Las cifras del 2010 sólo revelarían la explosión máxima de dicho brote que, comparativamente con otros años, es bastante elevada, aunque las muertes debidas a dicha enfermedad en este período hayan sido menos que en el mismo 2009. Los datos muestran que esta dolencia no es realmente mortal, y nunca se ha defendido lo contrario. El número de casos es, de todas maneras, una cifra grave, siendo que cada uno de estos casos detectados deberá ser atendido en las instituciones médicas, al tiempo que se debe hacer un seguimiento riguroso, debido a las políticas mismas de la OPS, que exige estos procedimientos.

Hasta ahora, hemos descrito las características biológicas del dengue y hemos hecho una reseña de la enfermedad en general, y en particular, de su presencia en Cali. A continuación, nos resta explicar en qué consisten dichos planes de prevención y lucha contra la enfermedad, así como también, las buenas prácticas que se promueven en los sujetos a causa de estos males. Vimos cómo el dispositivo de salud pública en Cali mantiene a la ciudad en un eterno estado de alerta o riesgo epidémico por cualquier brote de dengue que se asome. Los episodios, en realidad, no son mortalmente devastadores para la población, pero sí son

¹⁴⁸ Diario El País. “Vector del dengue, controlado”. Cali, 16 de marzo de 2010.

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Diario El País. *Sigue alerta en Cali por brote de dengue*. Cali, 30 de abril de 2010.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² *Ibid.*

menguantes del rendimiento físico del cuerpo individual y del rendimiento económico del cuerpo social. Básicamente, y a pesar de las fallas institucionales, el sistema de salud pública de Cali tuvo que asumir controles para la erradicación y prevención de esta peste en su población. Sus reacciones iniciales tienen que ver con el recurso a medidas jurídicas especiales, como la “emergencia sanitaria”, que si bien no siempre se declara, sí es siempre una alta posibilidad. El riesgo epidémico, que define a Cali en este período que va desde 1993 hasta el 2010, es producto de las condiciones geográficas y sanitarias de la ciudad, que la hacen una de las más riesgosas y amenazadas por el dengue –y las demás enfermedades tropicales-. El dengue no representa, pues, ningún ataque severo al cuerpo poblacional de la ciudad, pero esto no implica para nada que la enfermedad sea una preocupación superflua en Cali. La alta presencia relativa de dengue en la ciudad no es solamente un recordatorio del carácter tropical y pobre de la ciudad, sino también un ultraje a cualquier tipo de imagen de la ciudad que se pretenda realizar. Erradicar el dengue del espacio urbano es importante porque salva las vidas de las gentes, pero también porque asegura que la ciudad sea un territorio sano y que los foráneos no se abstengan de viajar por miedo a contagiarse de las terribles enfermedades tropicales.

Estrategias de lucha contra el dengue

Se nos sale de las manos hacer un recuento de cada uno de los planes, proyectos y programas destinados a combatir el dengue, por ello, haremos sólo alusiones a las estrategias globales más importantes y llamativas, pero haciendo un poco más de énfasis en las estrategias utilizadas en Cali para combatir esta enfermedad. La biología del mal determina el arsenal empleado en su contra. Debido a la diversidad de serotipos que presenta el dengue, no se tendrá una vacuna totalmente efectiva para todas sus formas. Así las cosas, la guerra contra la enfermedad recaerá en el vector que transporta el virus, como si aquél fuera el verdadero causante del mal. No es que el mosquito porte el virus en su sangre, todo lo contrario, él sólo puede contagiar a otro ser humano cuando ha succionado sangre humana que ya contenía el virus. Por ser un insecto, la modalidad de lucha privilegiada contra el animal serán las fumigaciones de todos los sitios que sean potenciales criaderos de estos zancudos. Sin embargo, después de las primeras campañas de erradicación y del abandono de las mismas por parte de los países, la OPS planteará, durante el último tercio del siglo XX, que las fumigaciones no son suficientes, y que se requiere algo más: la participación comunitaria. Como lo vimos hace ya varias páginas, el componente de participación ciudadana es nuclear en el proceso de descentralización de los sistemas de salud. Al adjudicar cierto grado de responsabilidad a la gente, los sistemas de salud podrán operar más eficientemente y las comunidades podrán controlar y mejorar sus propias condiciones, a través de una comunicación efectiva con las autoridades y de la incorporación de las buenas prácticas de prevención y cuidado contra ciertos males.

El dengue se considera un asunto importante de salud pública, por ello, dentro de las medidas que se establecen para su control, en este caso, para las entidades de salud pública, está la notificación obligatoria de los casos de dengue¹⁵³. Este tipo de medidas tiene que ver

¹⁵³ Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Guía de atención clínica integral del paciente con dengue*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2010. p. 19.

con un interés epidemiológico que pretende llevar estadísticas detalladas de todos y cada uno de los casos de dengue. No todas las enfermedades poseen este rótulo de notificación obligatoria, sólo aquellas que se consideran de extrema relevancia para la salud colectiva de las personas. Esta notificación es una política de control nacional y exige que cada una de las instituciones locales reúna su información y la transfiera al gobierno central. En Cali, el dengue es una enfermedad de notificación inmediata junto a otras como la rabia, la rubeola, la hepatitis B y la meningitis meningococcica; a su vez, es considerada como una enfermedad de notificación por mortalidad junto al Sida, la malaria y la lepra¹⁵⁴. Este tipo de etiquetas que se imputan al dengue permiten comprender la dimensión de la gravedad con la que son pensadas. Al sistema de vigilancia epidemiológica le interesa tener un conteo preciso y claro de este mal y consideramos este conteo estricto como estrategia de control o lucha contra el dengue, porque es lo que permitiría identificar el surgimiento de brotes y el aumento de los casos. Si recordamos los eventos de riesgo epidémico en Cali, nos damos cuenta que las alertas siempre son encendidas a partir de estos conteos que constituyen la razón básica para emprender programas de control y erradicación del vector.

El seguimiento epidemiológico y entomológico no son políticas originalmente colombianas, ni mucho menos caleñas, de hecho, su aplicación viene de los lineamientos de la OPS, y también son aplicadas en otros países de la región infectados por el virus como Brasil¹⁵⁵, Bolivia¹⁵⁶ y Paraguay¹⁵⁷. Esta organización crea grandes proyectos que buscan articular a todos los países miembros, pero de fondo, lo que hace es establecer los lineamientos generales para la formulación de estrategias de lucha contra la enfermedad. Emilio Quevedo diría que este tipo de medidas refrendan las políticas exteriores de ciertos países que buscan expandir sus fronteras más allá de sus límites territoriales, y que la salud pública es una de las formas más efectivas y justificables para hacerlo¹⁵⁸. Dos grandes proyectos merecen ser mencionados en este sentido. Uno, en el 2003, en el que la OPS crea el GT-Dengue Internacional, un grupo de trabajo transnacional que se focaliza en la lucha contra el dengue. El grupo pretende integrar organizaciones de diferentes sectores de la sociedad (desde ONG's hasta instituciones económicas) con el fin de combatir el dengue en los países miembros de la OPS, a través de cinco líneas: vigilancia epidemiológica, procedimientos de laboratorio, manejo de casos, comunicación social y actividades de control vectorial¹⁵⁹. El segundo, del mismo año, que crea el Programa Regional de Dengue de la OPS, con el cual se busca reducir la morbi-mortalidad causada por el dengue y la carga socio-económica generada por los brotes¹⁶⁰. El proyecto comprende cuatro áreas grandes de trabajo: la Estrategia de Gestión

¹⁵⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Información general sobre la Secretaría de Salud Pública*. Información en línea, disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/>.

¹⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Brote de dengue en Brasil: seguimiento*. En: EER Noticias. Vol. 4, No. 7, 2007.

¹⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Situación de dengue en Bolivia*. 2006.

¹⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud. *Brote de dengue en Paraguay continúa en declinación*. En: EER Noticias. Vol. 4, No. 8, 2007.

¹⁵⁸ Quevedo, Emilio. Op. cit. p. 174.

¹⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud. *El GT-Dengue Internacional: Grupo de trabajo focalizado en la lucha contra el dengue*. Disponible en el sitio web de la OPS: <http://new.paho.org/hq/> p. 1

¹⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud. *Programa Regional de Dengue*. Disponible en el sitio web de la OPS: <http://new.paho.org/hq/>

Integrada (EGI) para Dengue, Comunicación para Impactar la Conducta en Dengue (COMBI), la red mundial de dengue (Dengue-Net) y el trabajo en dengue de la Red Internacional de Eco-Clubes¹⁶¹. No entraremos en los detalles de estas áreas de trabajo, pues sólo nos interesa mencionar la existencia de estos proyectos supra-regionales por sus posteriores impactos (o no) en las políticas más locales respecto al dengue. De la metodología COMBI se conoce un estudio localmente famoso realizado en el barrio Floralia de la ciudad, pero sobre los demás programas o el proyecto GT-Dengue Internacional, es realmente poco lo que se aparece en las fuentes sobre el dengue en Cali. Compartimos parcialmente la visión de Emilio Quevedo, pues aunque este tipo de organizaciones traspasan los límites soberanos de las naciones, y de hecho, definen como región a toda Latinoamérica, no creemos que estas medidas estén totalmente supeditadas a intereses económicos, es más, creemos que la salud pública en sí misma es una preocupación importante de las naciones asida a la relevancia que adquiere la vida de las personas y el estado de sanidad del territorio. Claro, no olvidamos ni negamos que haya una conexión entre los intereses económicos y de salud, pero no pensamos que exista un determinación de una variable sobre la otra.

Un fuerte componente de las políticas de control del dengue según la OPS es la vigilancia epidemiológica, la cual incluye tanto el reporte de los casos por notificaciones, como los estudios de laboratorio para corroborar la presencia del virus en determinada zona¹⁶². En regiones epidémicas de dengue, como Cali, la OPS recomienda que se haga una vigilancia mayor a los flujos poblaciones y también elaborar historiales médicos que registren los viajes recientes de las personas para obtener datos más amplios sobre el comportamiento del vector¹⁶³. Además de esta vigilancia epidemiológica está la vigilancia entomológica, que estudia con minucia el comportamiento del insecto trasmisor de la enfermedad. Dentro de este segundo tipo de vigilancia se incluyen muestreos de la población larvaria y adulta, las tasas de ovipostura y la sensibilidad del insecto a los insecticidas¹⁶⁴. Un tercer tipo de vigilancia es la no entomológica, la cual hace referencia a la evaluación del riesgo humano o social de acuerdo al riesgo por dengue. En este último tipo de vigilancia, las gentes y sus hábitos son objeto de estudio del riesgo y se incluyen variables como la densidad, los tipos de asentamientos, abastecimiento de agua, estrato socioeconómico, servicios de recolección de basuras y también las condiciones meteorológicas de las poblaciones¹⁶⁵. A través de estos tres tipos de vigilancia, la OPS cubre los tres frentes potenciales de contagio de la enfermedad. Son, al mismo tiempo los lineamientos que recomienda para llevar a cabo una vigilancia rigurosa y efectiva de la enfermedad: el control del virus, el control del vector y el control del humano. Ante los cambios en el modelo de salud, se sugiere que esta lucha contra el dengue se fortalezca a través de la integración con los sistemas locales de salud, la colaboración intersectorial y la participación social¹⁶⁶, los tres mismos componentes que sostiene el modelo de salud descentralizado y a los cuales nos referimos anteriormente.

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995. p. 24.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 25.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 30-31.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 34.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 37.

La OPS es también quien establece las definiciones de “alerta” y “emergencia sanitaria” que los países pueden declarar en caso de un episodio que atente contra la salud pública. La alerta, dice la OPS, puede ser declarada cuando la situación de emergencia parece inminente, un aumento en la incidencia o una epidemia en un país vecino, sirven como criterios de medición¹⁶⁷. Así que en realidad las autoridades sanitarias de Cali no hicieron ninguna exageración al declarar alertas por dengue casi todos los años, estaban siguiendo las directrices de la OPS, sólo que éstas son tan amplias que permiten que cualquier brote puede ser percibido como una emergencia inminente y, por tanto, se declare la alerta. La salud pública, presumible como un conocimiento absolutamente científico, se da la libertad de tener sus propios juicios de valor sobre lo que es o no un riesgo epidémico y encender la campana de la alerta. Los criterios para la declaración de una emergencia sanitaria no son menos amplios, la OPS dice que estos criterios son diferentes para cada país, pero que entre más temprana sea la alerta, más eficaces serán las medidas de control para evitar la transmisión de la enfermedad¹⁶⁸. Eso sí, la organización aclara que no se puede declarar emergencia en sectores de una ciudad, pues la gran movilidad de las personas obliga a que la ciudad sea el área mínima donde se pueda declarar una emergencia sanitaria¹⁶⁹.

De hecho, el recurso a un modelo descentralizado tiene que ver con un cambio estructural mucho más amplio que considera que las estrategias verticales de los programas de control son mucho más costosas y menos sostenibles. En cambio, un modelo en el que participan diferentes sectores de la sociedad (cooperación intersectorial) y donde la comunidad tiene un papel activo y protagónico (participación ciudadana), resulta mucho más eficiente, sostenible y menos costoso¹⁷⁰. No sólo resalta el léxico fuertemente administrativo preocupado por la eficiencia y sostenibilidad de los programas, sino que evidenciamos que la estructura de los programas de control del dengue está regida por estos principios de la OPS, así como también lo están las directrices de las intervenciones en salud pública de los países miembros de la organización. Sea que no se importen y se apliquen en un ciento por ciento, estos encauzan los programas mucho más locales. Concretamente, para el control del vector, la OPS propone tres tipos de estrategias. La primera de ellas es el saneamiento del medio, que incluye las mejores en abastecimiento y almacenamiento de aguas, el tratamiento adecuado de desechos sólidos y la protección personal¹⁷¹; la segunda es el control químico, que hace referencia al uso de insecticidas en sus diferentes posibilidades de aspersión (terrestre, aérea)¹⁷²; y la tercera, que es el control biológico a través de peces, bacterias y otras criaturas que sean competencia biológica para el *Aedes Aegypti* en cualquiera de sus etapas de desarrollo¹⁷³. Aunque la primera estrategia pueda conllevar a cambios más estructurales en el patrón de la enfermedad y, por su parte, la tercera sea mucho menos dañina para el ambiente y tal vez más funcional, el control químico será la estrategia predilecta en Colombia y en Cali

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 66.

¹⁶⁸ *Ibid.*

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 41.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 56.

¹⁷² *Ibid.*, p. 58.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 62.

en la lucha contra el vector del dengue. En parte, esta preferencia tiene que ver con la rapidez que caracteriza a esta medida, pues en tiempos de epidemia se requiere responder con celeridad, y las otras dos estrategias pueden demandar mucho más tiempo. El control químico tendrá que ser repensado porque el zancudo comienza a desarrollar resistencia a las insecticidas, pero aun así, será la táctica predilecta para responder ante un brote de dengue.

Ya desde 1980, el uso de insecticidas empezaba a tener problemas por la resistencia que estaba adquiriendo el zancudo del dengue antes los venenos utilizados para su erradicación. El zancudo puede generar una resistencia fisiológica al veneno, aprendiendo a tolerarlo, o también una resistencia conductual, en la cual el insecto aprende a evitar el contacto con la sustancia letal a través de un cambio en sus hábitos¹⁷⁴. Las resistencias del mosquito no hacen sino generar más costos a los programas de erradicación, pues serán necesarias nuevas investigaciones y estudios, el reemplazo de los venenos, de los equipos de aplicación y un reforzamiento en las actividades de vigilancia del vector¹⁷⁵. Una guerra aparentemente ganada por el *homo sapiens* cambia de rumbo cuando estas criaturas menos complejas logran desarrollar aprendizajes para sobrevivir en estas hostiles campañas de salud. Tal vez por este tipo de situaciones es que la OPS misma declaró la necesidad de pensar estrategias de vigilancia más integradas y descentralizadas, así como otro tipo de controles aparte de los químicos. Repetimos, la fumigación seguirá siendo la medida privilegiada entre todas las demás.

Una búsqueda de nuevas tácticas para frenar el impacto del vector y del virus comenzará y variadas propuestas surgirán. Se sugiere por un lado que haya una mayor integración y recolección de datos entre salud y meteorología¹⁷⁶, que permita establecer alertas más tempranas y así emprender una lucha más ventajosa en contra de las dolencias. No todas las nuevas opciones serán tan poco novedosas, científicamente hablando. En un artículo de la revista *Investigación y Ciencia*, se comienza a hablar de la posibilidad del control genético de los vectores. Este tipo de control consiste en la creación de mosquitos transgénicos que portan, dentro de sus genes modificados, cierta codificación particular con la cual, el mosquito mutante transmitiría dichos transgenes a las futuras cepas, ocasionando la muerte de la mayoría de los nuevos organismos, debido a una falta del número normal de segmentos cromosómicos en el genotipo de estos¹⁷⁷. Este tipo de controles ya ha sido testeado con éxito en algunas regiones del planeta, pero su aplicación ha generado discordias en las comunidades por el sólo hecho de emplear animales genéticamente modificados, pero también dentro del gremio médico, dentro del cual, algunos investigadores se oponen a la lucha biotecnológica, en razón de sus costos, la falta de financiación que estos estudios tienen y el desarrollo que aun precisan estos mecanismos¹⁷⁸. La lucha contra los vectores no se ha limitado, como vemos, al simple refinamiento de la vigilancia del virus y del mosquito, su repertorio se ha ampliado gracias a la aparición de nuevos saberes y conocimientos, como la biotecnología, que ahora permiten crear mosquitos que se exterminan a sí mismos,

¹⁷⁴ U.S. Department of Health and Human Services. Op. cit. p. 29.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 30.

¹⁷⁶ García, Jairo; Boshell, Francisco. Op. cit. p. 59.

¹⁷⁷ Gould, Fred; Magori, Krisztian; Huang, Yunxin. Op. cit. p. 68.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 71.

paradójicamente, a través del proceso de la reproducción, y aunque generan cierto recelo social por su uso, el control genético aparece mucho más limpio y menos peligroso que un insecticida que se arroja a la atmósfera respirable. Aun no estamos en condiciones de asegurar que este tipo de controles vayan a liderar la carrera contra la erradicación, es ya bastante llamativo encontrar que estos nuevos conocimientos no hibernan en los libros y en los niveles laboratorios. Apenas el control biológico está siendo manipulado en la lucha contra el dengue, pero no nos deberá sorprender que en unos años, mosquitos mutantes produzcan la extinción de su propia especie.

Con la búsqueda de nuevas estrategias más horizontales, sostenibles y efectivas, la comunidad aparecía como una de las potenciales solvencias. Después de la reinfestación por dengue en la década de los ochenta y los noventa, y ante un evidente deterioro de la efectividad del control químico, educar a las gentes en pos de las buenas prácticas de higiene, prevención y cuidado de la enfermedad, será una piedra angular del dispositivo de la salud pública. Tan efectivo a veces como el mismo control químico, sólo que pocas veces es exaltado, tal vez porque no se ha logrado nunca que los ciudadanos adquieran una consciencia médico-higiénico-social por una enfermedad que todo el tiempo se vende como no mortal, pero al mismo tiempo potencialmente mortal. Y es que qué tanto puede importarle a cierto grupo de personas un mosquito más entre los muchos otros insectos que habitan en sectores insalubres y con mínimas condiciones de abastecimiento de agua. Ante una prolongada sequía que se avecina, quizá lo más importante sea recolectar aguas, y como el servicio de agua potable es algo con lo que no se cuenta, no queda de otra que recurrir a los reservorios que estén al alcance, así estos sean después potenciales criaderos de mosquitos del dengue.

Para Suárez et al., desde mediados de siglo, los promotores o funcionarios de salud han asumido un rol de educador-guardián, que aunque haya cambiado a lo largo de los años, posee la convicción general de cambiar los estilos de vida en las comunidades, con el fin de vencer a las ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores), entre las cuales está el dengue¹⁷⁹. Siempre ha estado de fondo, entonces, una pedagogía que pretende transformar los hábitos de los ciudadanos para convertirlos en “buenas prácticas” de salud e higiene, ya sea que estas estrategias pasen por un modelo totalitario de intervención o de co-educación en salud¹⁸⁰, el trasfondo es siempre el mismo: la intervención para cambiar las malas prácticas. Inmediatamente entra la pregunta por el impacto real de este tipo de medidas dentro de las comunidades, y es que ni los folletos masivamente distribuidos ni las visitas domiciliarias tienen el efecto esperado; las representaciones del enfermo antihigiénico, de la muerte cercana, del zancudo del dengue como un Godzilla tropical, no funcionan¹⁸¹. No es posible separar las estrategias de educación de las comunidades de las de comunicación masiva de la enfermedad, se presupone que con estos procedimientos se logra un alcance total de la población y se logra realmente cubrir todo el territorio amenazado por el contagio. El caso que trabaja Suárez corresponde a Villavicencio, pero en Cali tal vez la mayor complicación que encuentran los programas de dengue y los mismos funcionarios de la

¹⁷⁹ cf. p. Suárez, Roberto; Forero, Ana María; Olarte, María Fernanda. Op. cit. p. 22.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 23.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 27.

salud, es que la gente “conoce lo que debe hacer, pero aun así no lo hace”¹⁸². Y es que se asume que la gente ‘conoce’ por los talleres educativos realizados, pero la evaluación de los programas en este sentido siempre resulta fallida para el nivel pragmático de las acciones comunitarias. Investigaciones hechas en esta lógica exhiben el mismo fenómeno para otras ciudades o sectores del país, como en Girardot¹⁸³. La estrategia de educación comunitaria tampoco ha resultado ciento por ciento efectiva, por ratos, pareciera que el *Aedes Aegypti* pudiera fácilmente ganar la disputa.

En tal panorama y en respuesta a esa situación, surge una nueva metodología ya mencionada para el trabajo con las comunidades: *Communication for Behavioural Impact* (COMBI), el cual dice integrar las enseñanzas en materia de salud pública sobre comunicación y el mercadeo de la comunicación en el sector privado¹⁸⁴. Esta estrategia se propone comprender las prácticas de los habitantes y erradicar los obstáculos que pueda haber entre esas prácticas y el ‘comportamiento saludable’, para que todos los sujetos se comprometan a incorporarlos y estén dispuestos a reproducirlos¹⁸⁵. A través de este tipo de metodologías, promovidas por la OPS, se reifica la separación entre las buenas y malas prácticas de los sujetos en materia de salud. Desde los comienzos de la higiene se mantiene esta intención correctiva de la agencia social, y como el tema en discusión es la salud, un bien de todos y para todos, la conversión al ‘comportamiento saludable’ se hace obligatorio, y ya no sólo sugerido. No es más una disputa entre el bien y el mal de la moral higiénica, sino una riña entre lo que es saludable y lo que no lo es desde un dispositivo de salud pública.

La educación de la población en las buenas prácticas, la cooperación intersectorial y la difusión de información sobre enfermedades transmisibles, hacen parte de una herramienta más grande del dispositivo de salud pública, que es lo que conocemos como “la promoción de la salud”. Esto no es otra cosa que un conjunto de estrategias donde intervienen distintas instituciones con el fin de promover en la comunidad la prevención, no la curación, y que “busca corregir los comportamientos insalubres y propiciar aquellos que ayudan a conservar la salud y una buena calidad de la vida”¹⁸⁶. Se dice que esta promoción de la salud, o comunicación social en salud, es una estrategia que responde a momentos específicos en localidades específicas¹⁸⁷, de ahí que las campañas en este sentido estén plenamente focalizadas y algunas veces sea una labor imposible articularlas entre todas, son más bien, un conjunto de medidas fragmentadas que responden episódicamente a las situaciones concretas que se presentan. Tal vez sea importante mencionar que la promoción en salud es una estrategia de lucha contra las epidemias, establecida y nortmatizada por la OMS y la OPS¹⁸⁸. Pero en ningún momento, la educación de la comunidad deberá reemplazar a los controles de erradicación del vector, pues los trabajos de la comunidad se asumen como soluciones

¹⁸² Entrevista con funcionario de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Realizada el 19 de octubre de 2010.

¹⁸³ Betancourt, Eduardo; Coca, Luz Mery. Op. Cit.

¹⁸⁴ Lloyd, Linda et al. Op. cit. p. 124.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 125

¹⁸⁶ San Martín, José Luís; Prado, Mónica. Op. cit. p. 136.

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 137.

reales a largo plazo, mientras que en un episodio de dengue, las estrategias de erradicación son las únicas funcionales con presteza y a corto plazo¹⁸⁹, de hecho, todavía en el 2009 ante un auge de la propagación del virus en el mundo, se destaca que el único método para prevenir y controlar la enfermedad es la lucha contra el vector¹⁹⁰. Es por esto que el control químico, forma privilegiada de control de los vectores, es paralelo y suplementario de los trabajos comunitarios. La transformación de las mentalidades de la población es un ejercicio que requiere mayor esfuerzo y tiempo, que el equipamiento de funcionarios con equipos terrestres o aéreos de fumigación. El control de la enfermedad va incorporando a sí mismo más y más tácticas y estrategias hasta que se vuelve un armazón arracimado de cosas, que sólo puede ya funcionar a través de la liberación de responsabilidades que recaen en los sujetos, esos mismos que son el objeto de intervención del dispositivo de la salud. Éste ha logrado no solamente penetrar la vida de la gente, sino también que las personas trabajen para él desde sus pensamientos y desde sus ‘comportamientos saludables’.

La “urgencia manifiesta” por dengue en Cali

En Cali las respuestas contra el letal brote de dengue que se vislumbraba desde el 2009, no fueron ajenas a estos lineamientos. En efecto, la principal actividad realizada en este sentido fue la fumigación de 47.000 sumideros de mosquitos en 20 de las 22 comunas de la ciudad (las comunas 1 y 20, en la ladera, presentaban muy pocos sumideros)¹⁹¹. Junto con las destrucciones y el control de los criaderos, se tuvo en cuenta la educación personalizada sobre dengue, se visitaron 4.938 zonas de concentraciones humanas, pero sólo se pudo acceder a 4.737¹⁹². Las zonas de concentración humana incluyen diferentes lugares, desde colegios y escuelas, hasta iglesias, y aparte de estas visitas, se realizaron las rutinarias visitas domiciliarias, en este caso a 12.673 predios, elegidos por la cantidad de riesgo entendido como el cruce entre dos variables: el número de casos de dengue hemorrágico y los lugares con mal suministro de aguas¹⁹³. Se realizaron, como parte del componente de comunicación social en salud, capacitaciones en colegios, a personas de la tercera edad y a administradores de funerarias (?)¹⁹⁴. En total, el municipio destinó \$895.000.000¹⁹⁵ a los programas de dengue durante este año, que corresponde cerca al 23% de los rubros totales de la inversión en salud ambiental. Y es que el programa de dengue, institucionalmente hablando, se encuentra ubicado en la sección de salud ambiental, pues recordemos que la OPS fue quien lo definió como un problema de saneamiento y condiciones ambientales.

Después de la declaratoria de la emergencia sanitaria por dengue, las autoridades de la salud se empeñarán en encontrar todos los sitios posibles de criaderos haciendo de cada uno de los

¹⁸⁹ Fajardo, Paulina et al. *Nociones populares sobre “dengue” y “rompehuesos”, dos modelos de la enfermedad en Colombia*. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 10, No. 3, 2001. p. 167.

¹⁹⁰ Diario El País. *Alerta por propagación de dengue en el mundo*. Cali, 27 de diciembre de 2009.

¹⁹¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008. p. 4.

¹⁹² *Ibid.*, p. 6.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 10.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 11.

¹⁹⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Rendición de cuentas, primer semestre de 2009*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 111.

lugares de concentración humana, un potencia foco epidémico, que es necesario fumigar y combatir. Tanto en las cárceles¹⁹⁶, como en los colegios¹⁹⁷, los sujetos serán instigados, a partir de campañas educativas, a realizar eliminaciones de potenciales criaderos del zancudo. En una lógica casi mística, pareciera que toda la comunidad caleña se une en pos de la erradicación de esta enfermedad, de la lucha en contra del *Aedes Aegypti*. Pero esto no será más que un espejismo, pues siempre existirá reticencia, por parte de la población, a permitir que los funcionarios de salud ingresen a sus casas a realizar aspersiones de venenos y destruyan sus objetos personales, catalogados como potenciales criaderos de mosquitos. Igualmente, no todas las personas estarán dispuestas ni tendrán la actitud del noble salvaje para simplemente cooperar y eliminar los receptáculos de aguas limpias. Algunos alegarán que las autoridades de salud son las culpables del auge mismo de los brotes por no garantizar las mínimas condiciones de salubridad.

El programa de dengue en Cali se enfoca en diez estrategias generales para combatir los brotes y epidemias de dengue. Es a partir de estos puntos con los que la ciudad responde estos episodios en el marco del control del vector: la evaluación entomológica (la cual establece la OPS), aplicación de insecticidas en casos de viremia de dengue hemorrágico, el análisis epidemiológico (también dictaminado y delineado por la OPS), rotación de larvicidas (en casos de resistencias de las cepas), control de criaderos con la comunidad (buscar, a través de la participación, que la comunidad contribuya a su erradicación), conocer los tipos de recipientes que más producen mosquitos, las visitas a las concentraciones humanas (escuelas, centros comerciales, cárceles, iglesias, parques, plazoletas, universidades, etc.), aplicación intensiva de venenos en los sumideros, capacitación de personal, y establecimiento de los nuevos índices e indicadores¹⁹⁸. Pero ante la epidemia que se intensificó a inicios del 2010, en Cali se desarrolla el plan de contingencia contra la urgencia manifiesta por dengue, que ataca la enfermedad desde cinco frentes distintos: incrementar acciones de control vectorial, acciones de control y vigilancia en IPS sobre cuidado médico del dengue, fomento de la intersectorialidad y la participación social, seguimiento continuo de los casos de dengue, y acciones de información, educación y capacitación a la comunidad sobre la prevención de la enfermedad¹⁹⁹. Serán estos los cinco ejes con los cuales el dispositivo de salud en Cali, bajo los lineamientos de la OPS, responderá a la emergencia sanitaria declarada por dengue en la ciudad. Y es que es importante distinguir estos dos programas porque el primero es aquel que se aplicó permanentemente, según se dice, desde 1993; mientras que el segundo es la respuesta concreta al episodio de 2009-2010, que se caracterizó por estar atado a una propagación mundial del virus del dengue. A los territorios de dengue endémico, como a Cali, no le quedan muchas más alternativas que ceñirse a las directrices de la OPS y la OMS (y también de las políticas nacionales), y aplicar dichos procedimientos a escala local. Si se compararan los manuales de estas organizaciones con los planes de contingencia, se verá que

¹⁹⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Los reclusos e internas de las cárceles de Cali atendieron el llamado para combatir el dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

¹⁹⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *3.000 voces del colegio Compartir se unieron para declararle la guerra al dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

¹⁹⁸ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 33.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 46.

las distinciones no son muchas. Más bien se adscriben a las categorías que se establecen, por ejemplo 'zona endémica', y se traducen las estrategias a los casos específicos.

Cada uno de los ejes planteados en este plan de contingencia merece nuestra atención. De cada uno de ellos, se resaltarán los proyectos o programas más importantes realizados en la ciudad, recordemos que estos proyectos aplican para el 2010, cuando se detecta el aumento inusitado de dengue, es decir, a inicios de año. En la línea de intersectorialidad, se procuró establecer alianzas entre distintos sectores (hotelero, comercial, cultural, industrial, recreativo, educativo), con el fin de hacer más eficaces las divulgaciones de los mensajes preventivos y el control vectorial al interior de estas instituciones²⁰⁰; se realizaron también jornadas cívicas masivas de educación donde se entregaron cerca de 70.000 volantes y cerca de 50.000 calcomanías informativas sobre la enfermedad, y en conjunto con los guardas cívicos se realizaron 14.531 visitas domiciliarias²⁰¹. La segunda línea de acción, vigilancia, inspección y control en IPS, buscaba más que nada la homogenización de las guías de manejo de los casos de dengue o su existencia, en caso que no hubiese en las instituciones²⁰², en otros términos, se pretendía que todas las instituciones de salud manejaran un mismo protocolo de atención a los pacientes con dengue para estandarizar la vigilancia y poder recolectar más diáfananamente las pruebas de laboratorio y lograr construir una base de datos más fiel y completa. Esta medida requería también la capacitación del personal de salud en el manejo de pacientes y de casos, de modo que no sólo es la comunidad vulnerable la que es objeto de educación, sino también el personal médico, pues es crucial que estos funcionarios no sólo posean los mismos criterios de manejo de casos, sino que posean los mismos saberes en cuanto a la enfermedad. Muchas veces, los casos graves de dengue serán atribuidos al mal manejo por parte de los profesionales de la salud en las instituciones, y esto será un tema que molestará demasiado a la Secretaría de Salud Pública, cuando haga los llamados de atención a las unidades médicas para que sean mucho más cuidadosas con el manejo de los casos de esta enfermedad.

La tercera línea de acción es la participación comunitaria y es, quizá, una de las que tiene mayor relevancia dentro de todo el plan de contingencia, puesto que jamás se concibe, después de la década de los ochenta, que sea posible un control eficaz de la enfermedad, si no hay un apoyo constante y dedicado de la comunidad. Básicamente, la intención de esta línea es sensibilizar a los caleños para participen en las actividades de control del dengue, para ello se planearon charlas educativas y jornadas de eliminación -o cívicas- para que la gente aprenda a identificar y eliminar los criaderos²⁰³. La cuarta línea de acción es la contra-parte, para nosotros, de la anterior: el análisis y gerencia del riesgo y control en salud pública, no es más que los controles de erradicación de criaderos y del vector por fumigaciones. Lo que se pretende con esta línea es intensificar el control vectorial y larvario, así como fortalecer las acciones de saneamiento básico²⁰⁴. El ejército de vehículos motorizados armados con motomochilas para la fumigación saldrá a la ciudad a emprender las acciones de nebulización

²⁰⁰ *Ibíd.*, p. 55.

²⁰¹ *Ibíd.*, p. 59.

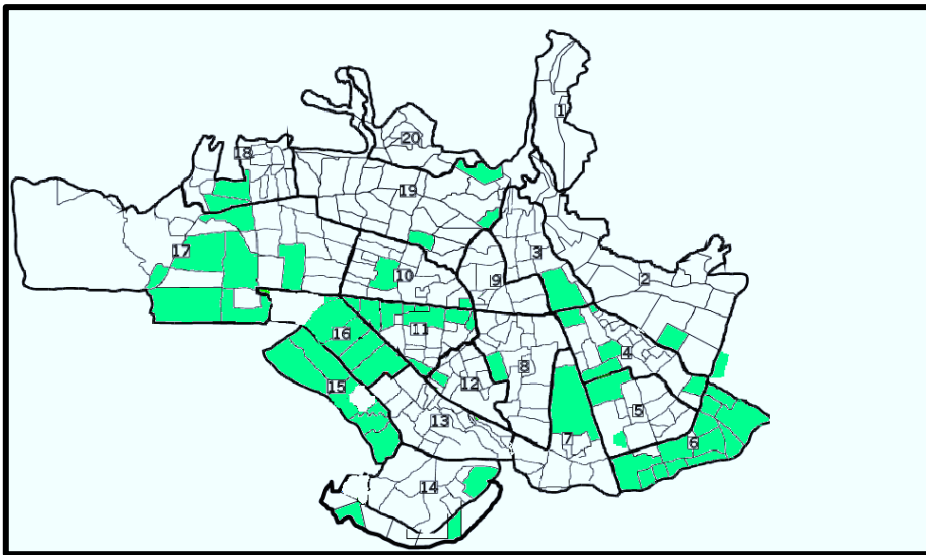
²⁰² *Ibíd.*, p. 63.

²⁰³ *Ibíd.*, p. 72.

²⁰⁴ *Ibíd.*, p. 80.

y purificación de los ambientes infectos y riesgosos. En lo corrido de las primeras semanas de 2010, se identificaron 61 zonas críticas en la ciudad que fueron intervenidas con vehículo pesado²⁰⁵. El siguiente mapa muestra los barrios de la ciudad intervenidos con ese equipo pesado de fumigación sólo entre el 8 de febrero y el 12 de marzo del año pasado, fecha a partir de la cual la Secretaría de Salud Pública Municipal anuncia una intensificación y duplicación de las actividades de fumigación y control larvario en la ciudad²⁰⁶.

A estas intervenciones de fumigación, se le suman las 2.456 personas capacitadas en este mismo período, que es el crítico del brote, en 25 grupos o zonas de concentración de población; también hay que sumar las 4.751 viviendas y los 707 predios visitados en este lapso²⁰⁷. Fue sólo a partir de esta manifestación amplia del dengue que la ciudad puso en acción su ejército de promotores de salud. Las cifras de las intervenciones realizadas por las instituciones de salud en el espacio urbano son, en realidad, altas si se trae a colación, de nuevo, el período al que se hace referencia. Hasta el 2009, se seguía trabajando con el programa de dengue que hace un par de páginas mencionábamos; el auge de este brote obligó a la ciudad a recurrir a estas medidas masivas. Sin embargo, las acciones emprendidas por el dispositivo de la salud confirman que las nebulizaciones con insecticidas siguen siendo las medidas preferidas por excelencia y, en segunda instancia, están las capacitaciones a los diferentes sectores de la comunidad. Como la gente no tiene comportamientos saludables, entonces siempre será más efectivo recurrir al control químico, aun cuando ya se haya puesto en discusión su total efectividad, pues sigue siendo la táctica predilecta en situaciones de emergencia, tal como en la que se encontraba la ciudad en estos tiempos. Dos meses después,



la situación del dengue se presentará así tal como aparece en el último mapa, evidenciando una permanencia de la incidencia del dengue, aunque se presume que el vector está ya controlado. No siendo suficiente con las

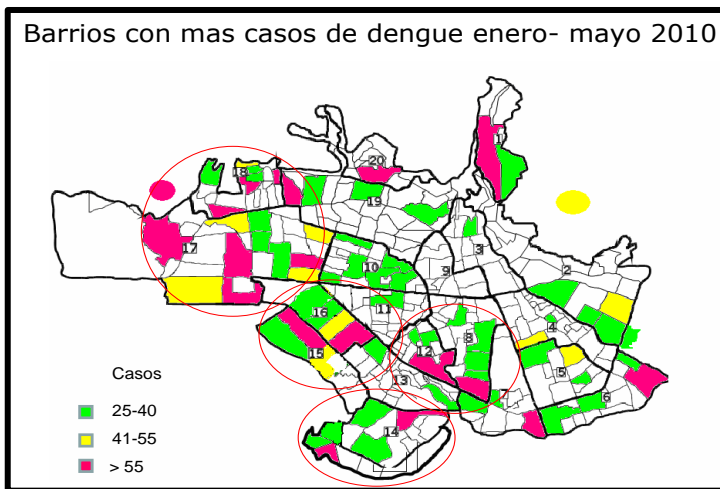
intervenciones programadas y realizadas hasta abril, el mapa para mayo mostrará un área intervenida mayor, donde casi la totalidad de la ciudad aparece como blanco de fumigación necesario. Sur, oriente y parte del norte seguirán siendo las zonas más afectadas por la

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 81.

²⁰⁶ Diario El País. “Toda la ciudad será fumigada”, anuncia Alcalde. Cali, 8 de febrero de 2010.

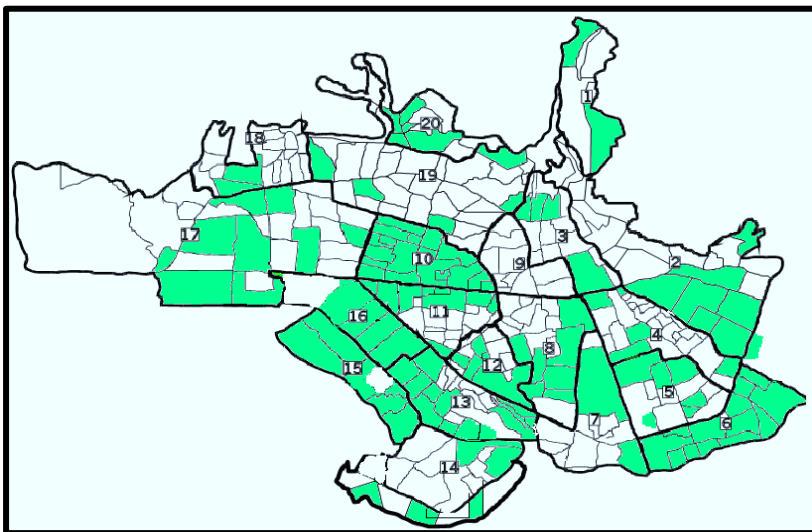
²⁰⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 86.

enfermedad, mientras que el corredor de la calle quinta y la ladera se mantienen ‘a salvo’ de esta temible enfermedad.



El 9 de febrero, un ‘grupo de salud pública’ se encargaría de visitar las instituciones de salud, para revisar si se están cumpliendo los protocolos de atención de los casos de dengue, aquellas que no cumplieran con estos protocolos serían sancionadas²⁰⁸, pues las condiciones de emergencia obligaban que los controles fueran estrictos en cada una de las IPS. El alcalde de Cali y el secretario de salud pública

encabezaban este grupo²⁰⁹, más bien una hueste de la salud, que inspeccionaba una a una las instituciones y anunciaba que la guerra contra el dengue era asunto de todos y que todos debíamos combatir juntos para que la enfermedad no nos arrebatara ni una vida más. El dispositivo de la salud pública no se preocupó solamente por educar y vigilar a los



ciudadanos, sino que los mismos profesionales de la salud se tornaron blanco de los programas y políticas de vigilancia y control. El sector médico, asumido como la piedra angular de la comunicación, detección y conteo de los casos era fundamental para establecer las tendencias epidemiológicas, pero desde luego también para atender de manera

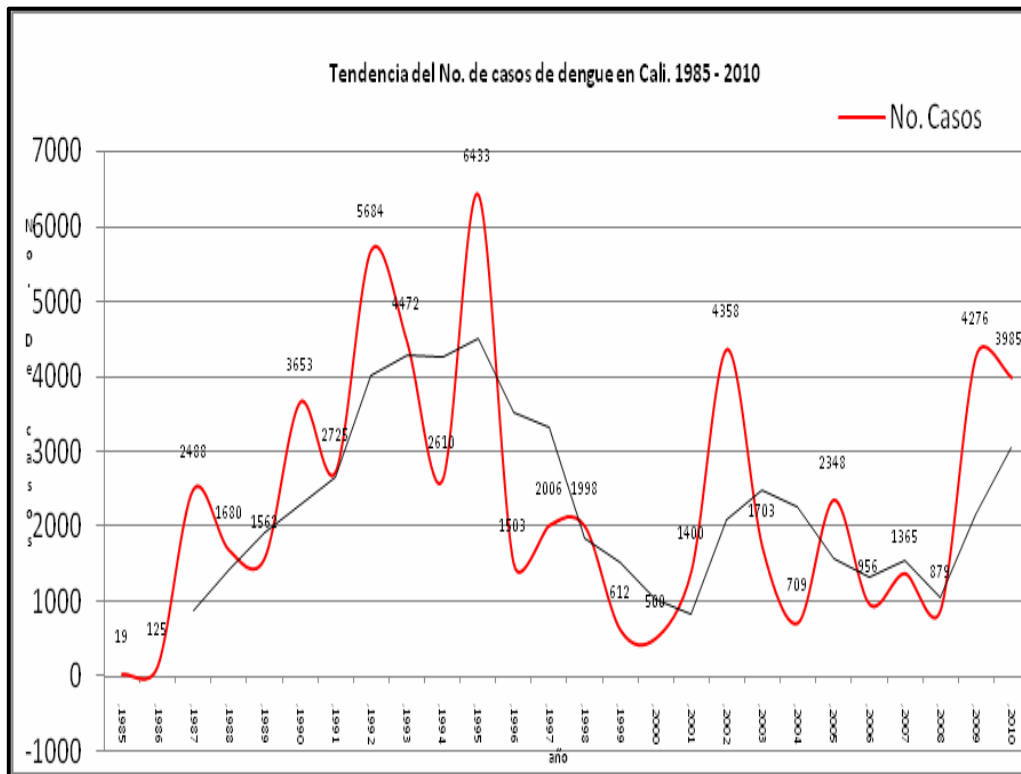
adecuada a los que padecen la enfermedad y librarlos de la muerte. El 17 de febrero se dará a conocer que, a pesar de todas las campañas de la Secretaría de Salud Pública Municipal, sólo 25 de las 44 IPS de la ciudad cuentan con un área de ‘triage en urgencias’ (espacio donde se clasifica al paciente para su posterior atención, que sólo 7 poseen planes de contingencia

²⁰⁸ Diario El País. *Aumentan control al dengue*. Cali, 9 de febrero de 2010.

²⁰⁹ *Ibíd.*

contra la enfermedad, pero que 36 de estas instituciones sí cumplen con los protocolos para la atención de personas contagiadas con dengue²¹⁰.

El último eje de acción del plan de contingencia de Cali será la vigilancia epidemiológica, campo de conocimiento predilecto de la salud pública, pues es el que permite realizar un seguimiento meticuloso y constante a todos los eventos que se definan competentes a la salud pública, y esto incluye todo lo que ya mencionamos hace un buen rato -seguridad alimentaria, estética, zoonosis, epidemias, saneamiento básico, violencia, enfermedades mentales, etc., y obviamente el virus del dengue hace parte de sus intereses. Ante la emergencia sanitaria por dengue, la vigilancia epidemiológica tiene la responsabilidad de mantener informado diariamente al Despacho y al Comité de Urgencias y Emergencias, con el fin de implementar acciones inmediatas en caso que se presente algún cambio en el comportamiento de la viremia o el vector, además se deberán llevar a cabo los Comités diarios de Vigilancia Epidemiológica²¹¹. La vigilancia epidemiológica es la forma más refinada de estadística de salud pública que registra cada uno de los eventos relevantes a este respecto y establece la base numérica según la cual se debe o se puede tomar medidas en tal o cual asunto. Gracias a este tipo de saber continuo sobre el comportamiento viral es que en Cali pudieron ser emitidas las alertas, riesgos epidémicos y emergencias sanitarias. Como es además un saber histórico y acumulativo, se pueden obtener informaciones del siguiente tipo.

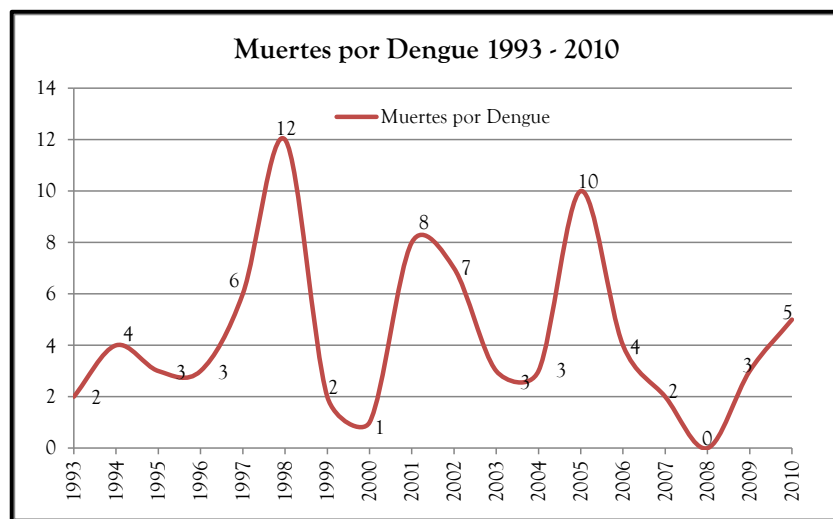


²¹⁰ Diario El País. *El dengue ya afectó 9 comunas*. Cali, 17 de febrero de 2010.

²¹¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 88.

Este último gráfico basado en datos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se observan los picos por brote de dengue antes señalados. 1992, 1995 y 2002, los años con mayor incidencia en la historia del dengue como fuerte problema de salud pública se corroboran debidamente con estos datos. Y aunque en el 2010 los casos sólo asciendan a 3.985, hay que tener en cuenta que estos datos sólo cobijan los primeros tres meses del año, es decir, que debería esperarse una epidemia incluso más grave que la de 1995 o la de 1992. A raíz de predicciones y proyecciones es que se declaran las medidas de urgencia o emergencia en la ciudad, es este un empeño del dispositivo de salud pública con su mirada preventiva que asegura que una declaración temprana de las medidas permite un mayor control de la epidemia. Quién diría que no es así, si ante los 5 casos de muerte ocurridos en lo acontecido del año pasado, se despliega todo este montón de programas y proyectos en pos de minimizar el impacto del brote.

En el siguiente consolidado, donde aparecen el número de muertes por dengue para el período del programa de dengue, el cual hemos elegido aquí, muestra la magnitud del impacto de la enfermedad en las vidas del cuerpo social caleño. Jamás se ha tenido más de 12 muertes en un año. Sin



embargo, a partir de 2005 parece existir un mayor control de la dolencia que se expresa en el descenso de las muertes y también en el poco número de casos, si volvemos al gráfico anterior. No obstante, a partir del 2009 aparece un crecimiento del brote y este incremento “desenfrenado” del virus lo que da argumentos a las autoridades sanitarias para declarar la emergencia sanitaria en el 2010, ya mencionada hasta la saciedad. El dato hay que leerlo así: “si en las nueve primeras semanas del año transcurrido se han presentado 3.985 casos de dengue con 5 muertes por dengue severo, datos que están a poco de rebasar las cifras de la totalidad del año anterior, no podemos esperar sino, en nuestro futuro cercano una letal epidemia de dengue que azotará a la ciudad, por ello, debemos declarar inmediatamente una emergencia sanitaria en la ciudad, ahora que tenemos tiempo y antes que sea demasiado tarde, para lograr combatir el brote de la mejor manera y antes que llegue a su punto más álgido”.

Sabemos que posterior a este período el dengue tendió a la baja. No tendremos nunca la certeza si fue por los controles emitidos por el dispositivo de la salud pública o si fue más bien el ciclo natural de la enfermedad que apunta a la baja después de los primeros meses del año. Tampoco sabremos si fueron ambos factores los que coadyuvaron a este descenso y, la verdad, no es de mayor relevancia, pues lo que quedó consignado en la prensa fue el potente

combate que ejerció el municipio y que, una vez más, aunque con pequeñas pérdidas, ganó la salud pública en contra del macabro *Aedes Aegypti*. En últimas, datos como el descenso en el índice de sumideros de un 6,7% a 2,4% entre enero y marzo del año pasado²¹², ayudan a dar mayor poder argumentativo a la hipótesis que pone a la eficacia de los controles como la solución del problema. Quedará también en duda si los controles desplegados por la Secretaría de Salud Pública Municipal fueron excesivos o tan sólo los necesarios y suficientes para mitigar el impacto del brote de dengue que azotó a Cali en los primeros meses del año pasado. La incertidumbre nos acompañará y, muy seguramente en el próximo episodio considerable de dengue, veremos que este ejército de la salud aparece de nuevo para arremeter con fuerza ante una letalidad anunciada y justificada por este saber de la vigilancia epidemiológica.

No discutiremos aquí, por delimitaciones de trabajo, si la profesión del alcalde actual de la ciudad tuvo realmente mucho o poco que ver con la magnitud de estos controles. Sólo mencionaremos que \$1'500.000.000 fueron destinados a este plan de contingencia contra el dengue, de los cuales cerca de \$440.000.000 correspondieron al componente publicitario y de difusión de la campaña de prevención²¹³. La movilidad de los sujetos dentro y fuera de la ciudad será otro sinsabor con el cual la administración tendrá que lidiar, pues aunque los criaderos de la ciudad sean eliminados, los flujos poblacionales no pueden ser completamente proscritos y siempre constituirán una fuente de duda, como lo hemos visto, sobre los casos de dengue que se presentan en la ciudad. El arribo de gentes de lugares infectados es una preocupación bastante antigua, también lo vimos, y permanecerá porque la misma enfermedad no podrá inmiscuirse a tal punto en la economía como para decretar un aislamiento absoluto, por lo menos en el caso del dengue -con la influenza ocurrirá algo diferente-.

El plan de contingencia será adaptado para ser distribuido en cada una de las instituciones pertinentes. Cada una de las versiones del plan de contingencia señala las especificidades de las medidas que deben ser acogidas de acuerdo con el tipo de institución al que se están refiriendo, las principales entidades con las que se trabaja en este sentido son con las educativas, para las cuales existe un documento con lineamientos específicos²¹⁴ para responder efectivamente ante la emergencia sanitaria en la que se encuentra la ciudad. El énfasis en estas instituciones tiene que ver con que es un sitio de aglomeración humana, es decir, donde se transmitiría más rápidamente el dengue en caso en que se hallara la presencia del vector, pero también tiene que ver con que acapara a las poblaciones más jóvenes y las que tendrían una mayor exposición a estas dolencias, y finalmente, tiene que ver con que la escuela es el lugar ideal para la transmisión de los saberes y de las buenas prácticas de prevención y control de la enfermedad que el dispositivo de la salud pública pretende reproducir en los sujetos, con el fin de hacer más efectiva la lucha contra la enfermedad. No

²¹² *Ibid.*, p. 98.

El porcentaje hace referencia a la cantidad de larvas de *Aedes Aegypti* presentes en los sumideros de la totalidad de la ciudad.

²¹³ *Ibid.*, p. 52.

²¹⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de Santiago de Cali. Lineamientos para entidades educativas*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

nos inmiscuiremos con los resultados de los demás ejes de acción del plan de contingencia porque consideramos a estos dos como los más relevantes para nuestros intereses: las políticas de control del vector desde las instituciones y los proyectos de participación social con la comunidad.

A las autoridades de salud pública no les bastará con el plan de contingencia ni con la difusión del documento en las entidades respectivas. Recurrirá es planes mucho más puntuales con diferentes sectores de la comunidad. Ya mencionamos el caso de los reclusos que fueron capacitados para eliminar criaderos en sus celdas y en las cárceles²¹⁵, pero ahora nos corresponde listar algunas otras estrategias mucho más concretas destinadas, sobre todo, a la difusión de las buenas prácticas y el trabajo con la comunidad. Entre ellas está un proyecto de comunicación pensado con los taxistas, para que repartieran información sobre la prevención y el manejo de pacientes en casa, en las viviendas, los primeros quinientos taxistas que llegaran para participar del programa serían premiados a través de una emisora radial de la ciudad, y portarían mensajes positivos para prevenir el dengue²¹⁶. El 14 de febrero de 2010, Jorge Iván Ospina, alcalde, convoca a los ciudadanos a participar del Plan Chéchere, que buscaba erradicar 200 criaderos de la ciudad, a través de jornadas de eliminación con las comunidades donde la gente misma eliminaría aguas estancadas, botaría floreros, llantas, latas, materas, frascos y otros contenedores que se tuvieran en las casas sin uso alguno²¹⁷. Agrega el secretario de salud pública que “del compromiso de cada uno de los caleños, depende el éxito en control del Dengue y el parte [sic] de victoria en esta Batalla que le hemos declarado a esta enfermedad, para que no siga minando la salud de los ciudadanos y arrebatando más vidas en nuestro Municipio”²¹⁸. Aunque no tenemos claridad sobre cuáles serían los premios que recibirían, se efectuaron concursos por cuadra, por barrio y por comuna donde obtendría la victoria aquel que lograra sacar a las aceras el mayor número de chécheres²¹⁹. Al día siguiente, 4.000 funcionarios del Municipio saldrían armados con insecticidas, larvicidas y Acpm (Aceite Combustible para motores), con el fin de erradicar unos 60.000 criaderos de ‘El Patiblanco’²²⁰ presentes en el oriente, norte y sur de la ciudad.

Llamativo será siempre para nosotros que se venda al mismo tiempo dos ideas contradictorias: que el dengue es mortal, pero al mismo tiempo que no lo es. Hemos visto que lo que causa el dengue no es tanto una disminución del número de las vidas, sino un agotamiento de los cuerpos; quizá sea más estratégico vender la enfermedad como mortal, pero si se echara una ojeada a las cifras nuevamente, veríamos lo difícil que es sostener esta explicación, cuando en la ciudad hay mucha más gente muriendo por Sida, enfermedades respiratorias o problemas cardiovasculares. También llamativo que las autoridades de la salud

²¹⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Los reclusos e internas de las cárceles de Cali atendieron el llamado para combatir el dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

²¹⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Taxistas de Cali, se unen contra el dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

²¹⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan chéchere; por una Cali libre de criaderos de alias “el patiblanco”*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ Diario El País. “En las casas está el mayor riesgo del dengue”. Cali, 10 de febrero de 2010.

²²⁰ Diario El País. *Alcaldía realizó gran jornada para erradicar el dengue*. Cali, 15 de febrero de 2010.

pública apelen siempre a la participación ciudadana como ficha clave para el combate de las enfermedades, y que los llamados a la comunidad se materialicen en planes como éste, aunque la victoria de la batalla de la que habla el secretario de salud pública, será al final, siempre, atribuida en mucha mayor medida a los planes de control vectorial y control epidemiológico. Las campañas de educación y erradicación contra el dengue en Cali operarán con dos referentes representacionales: ‘El Patiblanco’, el zancudo del dengue, construido como enemigo y personificado a través de sus característicos anillos blancos; y el lema ‘sin criaderos no hay zancudos, sin zancudos no hay dengue’, será este eslogan el que se presentará en todos los folletos, cartillas, calcomanías y láminas adhesivas, que hacen parte del programa de comunicación social de salud en aras del control del vector y la prevención de la enfermedad.



20.000 calcomanías, 24.000 plegables, 5.500 afiches y 35.000²²¹ volantes con este mismo mensaje fueron repartidos por toda la ciudad para mediados de febrero de 2010, al tiempo que la fumigación por comunas se expandía de la manera como lo muestran los mapas anteriores. Durante las 21.114 visitas a viviendas efectuadas por la administración se encontraron 10.000 criaderos²²² de zancudos de dengue, lo cual consistió en un motivo para aumentar la preocupación de las autoridades por la situación de la emergencia sanitaria. Por ello, el alcalde hace un nuevo llamado a la comunidad asegurando que “como Gobierno somos responsables de garantizar los servicios en salud, pero necesitamos el compromiso de la comunidad para mitigar la epidemia”²²³. Ya no constituye una rareza para nosotros que se solicite a la comunidad la participación, pues la lucha contra el dengue se piensa como un esfuerzo mancomunado entre el dispositivo de salud pública y sus propios objetos: los sujetos, la “lucha contra el ‘patiblanco’ sólo será efectiva con la colaboración de la ciudadanía”²²⁴, pues “la responsabilidad es de todos y en este proceso ha sido fundamental la participación activa de la comunidad”²²⁵. La no muy siempre alabada labor de las gentes ha sido exaltada esta vez para que los caleños no descuiden sus buenos hábitos contra el dengue y contribuyan a obtener triunfo en esta cruzada biológica anunciada de atroces dimensiones.

²²¹ Diario El País. *El dengue ya afectó 9 comunas*. Cali, 17 de febrero de 2010.

²²² *Ibíd.*

²²³ *Ibíd.*

²²⁴ Diario El País. *1.801 caleños, atacados por el ‘patiblanco’*. Cali, 24 de febrero de 2010.

²²⁵ Diario El País. *“Vector del dengue, controlado”*. Cali, 16 de marzo de 2010.

Las labores de sensibilización y capacitación responden a una lógica según la cual el mayor riesgo del dengue está al interior de los hogares, de modo que si cada uno de los residentes eliminara los criaderos que tienen en sus casas, el riesgo por dengue se reduciría en un 50%²²⁶. A los funcionarios de salud no les interesa llenar toda la ciudad de veneno por los altos costos que implicaría el procedimiento, pero también porque esto no aseguraría una total efectividad del programa si de todos modos no se cuenta con la participación comunitaria. Allende del panorama epidémico que vive la ciudad, algunas situaciones particulares complicarán el asunto de la erradicación del virus. A finales de enero, en pleno inicio del auge del brote, la Secretaría de Salud Pública Municipal hace un llamado de atención a la comunidad para que esté más precavida con los estafadores que se hacen pasar por funcionarios de salud y cobran las fumigaciones²²⁷. Así, que se pide a la comunidad que esté en alerta con estos ‘falsos técnicos’ y que recuerde checar el carné y el uniforme verde con líneas reflectivas²²⁸, característico de los fumigadores oficiales de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Situaciones de este tipo se presentaron a lo largo del período estudiado, claramente tuvieron una aparición especial en casos de brotes epidémicos, como el de 1995, y éste de 2010. Este tipo de embauques sólo son posibles cuando existe un grado de desinformación de la comunidad de tal magnitud que no se tiene certeza si las acciones de salud pública son gratuitas o no. El empeño por educar y capacitar a la comunidad no implica que la totalidad de los pobladores de la ciudad estén incluidos –como es de esperarse– y, por tanto, este tipo de situaciones acontecen precisamente en los momentos de mayor emergencia, cuando el dispositivo de salud pública pone en marcha su legión.

Jamás hemos defendido una recepción pasiva por parte de los sujetos intervenidos ante estas políticas de control y prevención. Los rechazos a las visitas domiciliarias, la negativa a permitir las fumigaciones, el uso mismo de las fumigaciones como mecanismo de estafa, la inasistencia a los talleres de capacitación, las demandas de la comunidad a la Secretaría de Salud Pública Municipal, son, una por una, formas particulares de responder a los programas por parte de los objetos del dispositivo de la salud pública. Los mismos conocimientos ‘erróneos’ de los sujetos son un indicador de la falta de impacto que tienen las campañas, sean por las razones que sean. Reseñaremos un caso especial en Cali, en el barrio Floralia, al nororiente de la ciudad, donde una serie de profesionales de la salud llevan a cabo un estudio sobre la percepción de los habitantes de este sector sobre los programas de prevención y control del dengue allí. Aun cuando es este un barrio bastante afectado por la enfermedad, debido a su proximidad con el Río Cauca y el Jarillón, el caso no nos permite generalizar nada sobre la ciudad, sólo nos da la posibilidad de entender cómo son recibidos estos programas en un sector específico de la ciudad. Nos servirá para conectarnos al último punto de esta sección que trata sobre las buenas y malas prácticas del dengue.

La falta de continuidad será uno de los aspectos criticados por parte de los colectivos a las acciones preventivas institucionales, así como también la falta de atención al

²²⁶ Diario El País. *Valle se ‘vacuna’ para evitar crisis por dengue*. Cali, 27 de enero de 2010.

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Diario El País. *Sí se han destinado recursos para el dengue: Nación*. Cali, 6 de marzo de 2010.

comportamiento de la enfermedad²²⁹. Y ante la misma continuidad que aboga la Secretaría de Salud Pública Municipal, los colectivos del barrio responderán que son más bien ‘acciones ocasionales’ y no realizadas con las mejores intenciones: los talleres se ven como ‘reuniones con videos donde reparten unos folletos’ y las fumigaciones como ‘arrojar insecticidas desde carros’²³⁰. Paradójicamente –o tal vez ni tanto-, los habitantes del barrio reclaman las acciones que las autoridades más difunden: educación personalizada, campañas masivas de comunicación e información, saneamiento básico, campañas de búsqueda de criaderos y fumigaciones continuas de los criaderos²³¹. Los líderes comunitarios se dicen estar prestos a colaborar con estos programas siempre y cuando sean incluidos tanto en el diseño como en la ejecución de los programas, por lo cual los investigadores autores concluyen que es necesario reconocer los niveles de participación en las comunidades y trabajar conjuntamente entre instituciones y colectivos²³². Esta conclusión habla más que del reforzamiento de los dos núcleos de acción de los planes contra la enfermedad: la participación comunitaria y la cooperación intersectorial, no obstante, son los canales de información los que están en discusión, en el fondo, por un lado recibimos una serie de bombardeos de información donde se asegura la continuidad y permanencia de los planes de erradicación y el trabajo conjunto con las comunidades. Pero este tipo de estudios revelan lo que es más temido por los mismos funcionarios de la salud: que las personas no acogen con total disposición los programas y, ni siquiera, ponen en práctica los comportamientos saludables que les son enseñados. El dispositivo de salud pública encuentra los frenos a su total efectividad en su mismo objeto final: la comunidad, no siempre dispuesta y no siempre receptiva como se quisiera. En algún momento anotamos que la salud pública se come a la privacidad de los sujetos al entrarse no sólo en sus habitaciones para fumigarlas, sino también a sus mentalidades para transformar sus estilos de vida, de entrada insalubres, sucios e incorrectos, por unas conductas saludables. Dicha invasión es justificable desde la protección de las vidas, pero este argumento jamás será suficiente para contar con la plena participación de la gente. Tal vez, ellos, en sus condiciones paupérrimas de saneamiento básico y pobreza, tienen más asuntos por los cuales velar que una enfermedad que ni siquiera es tan mortal. Para muchos, y es ciertamente muy válido, “es preferible morir de dengue que de hambre”²³³.

Conductas saludables contra el dengue

Hablemos ahora de cuáles son esas buenas prácticas o comportamientos saludables que se pretenden instituir en las poblaciones vulnerables que, a grandes rasgos, somos todos los que habitamos en este territorio epidémico para dengue. Básicamente, existen dos grandes grupos de buenas prácticas: las que deben asumir los profesionales médicos en cuanto al manejo de pacientes y las que deben aprender las comunidades. De las primeras no podemos decir mucho, dada la biología de la enfermedad, el contagio entre pacientes y médicos no será una complicación, por lo cual este primer grupo de prácticas tendrá mucho más que ver con el

²²⁹ Maldonado, María Cristina; García, Patricia; Méndez, Fabián. Op. cit. p. 342.

²³⁰ *Ibid.*, p. 344.

²³¹ *Ibid.*, p. 347.

²³² *Ibid.*, p. 349.

²³³ Entrevista con funcionario de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Realizada el 9 de noviembre de 2010.

manejo de los pacientes, el seguimiento adecuado de los casos y la utilización del protocolo para los casos de dengue²³⁴, además de una serie de procedimientos y especificidades médicas –como el uso de líquidos isotónicos en caso de dengue severo o el manejo adecuado de las muestras para ser enviadas a los laboratorios nacionales o de la OPS, y su posterior análisis– sobre las cuales no podemos decir por ahora.

Para nuestra fortuna, la codificación de las buenas prácticas para las comunidades es una normativa más bien compartida por los diferentes lenguajes, esto, quizá, por la estrecha relación que tiene con la biología de la enfermedad y su funcionamiento. Muchas de éstas ya han sido esbozadas desde los mismos planes de control de la enfermedad que las promueven. Expongamos las más importantes. La que prima por sobre todas las demás es la eliminación de cualquier recipiente que pueda almacenar aguas: barriles, neumáticos viejos, matas, floreros, tanques elevados y bajos, tinajas de barro, vasijas, sifones, chatarra, sótanos inundados, tejas y hasta los huecos en los árboles²³⁵, entre otros. Como ya sabemos, cualquier receptáculo de aguas limpias es potencialmente un criadero de zancudos de *Aedes Aegypti*. Se dictamina también que los lavaderos sean fregados con cepillos y que se llenen las tinajas de los patios y las materas con arena²³⁶. Igualmente, el agua de las piscinas y los pozos debe ser cambiada constantemente y las flores acuáticas sembradas en la tierra²³⁷. Desde luego, entre las buenas conductas del ciudadano precavido, está el acudimiento al médico cuando se presenten los síntomas de la enfermedad: dolor de cabeza y ojos, malestar general, fiebre²³⁸, de esta buen comportamiento dependerá que se pueda, primero, hacer un buen seguimiento y manejo del caso, y evitar la muerte; pero también realizar una estadística fidedigna de la presencia de la enfermedad en la ciudad, para monitorear los brotes y declarar medidas oportunas.

En caso de ya estar contagiado, pero no presentar gravedad, se recomienda que el paciente que esté en casa no se automedique bajo ninguna circunstancia –sólo se permite tomar acetaminofén, lo demás puede agravar la condición del paciente hasta producir la muerte– y que se hidraten bastante bien para evitar una complicación de la dolencia²³⁹. Existen otras medidas menos aplicadas y difundidas como el uso de angeos y las fumigaciones de parte de los mismos habitantes. El sentido de la salud pública preventiva asume que estas dos últimas medidas son poco efectivas porque no combaten el problema de raíz, en cambio, erradicar los criaderos es una conducta que no permite el desarrollo vital del vector enemigo. Un angeo sólo protegería en contra de los zancudos adultos, al igual que la fumigación, pero mientras existan criaderos dentro de las mismas casas, el riesgo será mayor y no será mucho lo que se logre con estas medidas parciales. Por ello, nos parece, que a partir de la reinfestación de dengue, en la lógica de una salud pública que se piensa participativa, y ante un vector cada

²³⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Buenas y malas prácticas clínicas en el paciente con dengue*. Organización Mundial de la Salud, 2009.

²³⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Capacitación sobre dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010. p. 21-26.

²³⁶ Diario El País. *Alerta por brote de dengue en Cali*. Cali, 21 de enero de 2010.

²³⁷ Diario El País. *El dengue ya afectó 9 comunas*. Cali, 17 de febrero de 2010.

²³⁸ Diario El País. *Alerta por brote de dengue en Cali*. Cali, 21 de enero de 2010.

²³⁹ Diario El País. *El dengue ya afectó 9 comunas*. Cali, 17 de febrero de 2010.

vez más resistente a los insecticidas, la erradicación de criaderos aparece como la solución definitiva al problema. Aunque las autoridades ejecuten controles vectoriales por su cuenta, hemos visto que la acción de las comunidades es fundamental, debido a la congestión misma de los espacios urbanos, pero también con una intención descentralizada que procura delegar responsabilidades en los sujetos y hacer de la salud pública un dispositivo defendido y sostenido por ellos mismos. No en vano se define esta nueva salud pública en razón de los conceptos administrativos mencionados: sostenibilidad, eficacia, impacto, participación y gestión.

El dispositivo de la salud pública imagina un sujeto que reflexiona, con su saber saludable, sobre sus prácticas insalubres y sobre su espacio antihigiénico y desordenado y que, a partir de esto, sale en búsqueda de criaderos de zancudos en su entorno para erradicarlos. Un hábito que se supone diario, así como también se presupone una conciencia sobre los síntomas de la enfermedad y una recurrencia inmediata a las instituciones de salud, como si este mismo aparato institucional no se encontrara en un colapso permanente por falta de recursos o fallas mismas de funcionamiento del dispositivo. La prensa nos muestra un dispositivo de salud pública que a pesar de las ignominiosas situaciones, funciona; no sabremos cuántos casos de dengue quedaron por fuera para aquellos que no pudieron ser atendidos o que simplemente no supieron cómo acceder al nuevo sistema descentralizado de la salud, y sabemos que tales casos existen por la cobertura distante al ciento por ciento que siempre presentó el aparato.

La biología del dengue nos recuerda que no hay una vacuna efectiva para este mal, es por esto también que la participación ciudadana se vuelve primordial, pues si dicha sustancia existiese, las curaciones serían mucho más ágiles y no producirían el impacto más temido: una sobre-saturación en las instituciones de salud por casos de dengue. De modo que la lucha se transmite al vector y a su vida. Por esto los criaderos, más que la fumigación misma, constituyen la *vacuna* contra el dengue. Realmente es esto lo que constituye la particularidad del dengue. Su presencia y amenaza latente en la ciudad, combinada con la inexistencia de la inmunización, exige unas prácticas cotidianas y rutinarias de los sujetos, a tal punto de hablarse de una transformación de los hábitos y los estilos de vida. A lo mejor sea por esto que el dengue no puede ubicarse sino en la división de Salud Ambiental de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Sabemos que todas las enfermedades traen consigo una dimensión simbólica fuerte sobre distintos motivos, como el Sida con la sexualidad por ejemplo, pero el dengue evoca nuevamente los más básicos principios de la higiene: las buenas conductas en el espacio urbano. Y es que éste es una problemática *per se* de la enfermedad, que sea una enfermedad urbana, implica una condena a las congregaciones y flujos humanos, pero el dengue no posee la impronta de mortalidad como para darle al dispositivo de la salud pública la injerencia para poner en cuarentena a una ciudad o para cercar un sector de la urbe. Menguar los cuerpos y debilitarlos es el efecto general de esta enfermedad.

El dengue evoca al agua y a la higiene de la población. Que las condiciones de saneamiento básico sean deficientes no constituyen ninguna limitación a las disposiciones de la salud pública, es más, las gentes que viven en las peores condiciones son las que más precisan adquirir los comportamientos saludables porque se encuentran en mayor riesgo por presencia

del vector. Tal vez no exista ninguna enfermedad libre de dimensiones sociales, ya Diego Armus nos lo ha expuesto²⁴⁰, pero no podremos asegurarlo por ahora. Y si bien el enfermo de dengue no está expuesto a un escarnio público como sí lo estuvieron los leprosos o sifilíticos, ni tampoco generó movilizaciones como los tuberculosos²⁴¹, o medidas jurídico-biológicas de reconocimiento como los expuestos a las radiaciones en la catástrofe de Chernobyl²⁴²; sí tiene un efecto más silencioso y menos evidente –pero efecto al fin y al cabo– que es la naturalización de la coexistencia entre la tropicalidad y la pobreza en un espacio geográfico.

* * *

El dengue es una enfermedad de los pobres y de los países tropicales. De aquellos que viven en tugurios y aglomeraciones subnormales, y de aquellos países cuyos puntos límites están dentro del área tropical. De los territorios de climas infecciosos que permiten el desarrollo del zancudo. Además de menguar la fuerza física del cuerpo social, el dengue ataca a la marca de la ciudad, a su imagen. La hace ser una zona epidémica y ante ello, la ciudad no tiene más opción que acoger las medidas directrices y aplicarlas, para no arruinar también su economía, y hacer que los ciudadanos adquieran las buenas conductas salubres y ayuden a luchar contra la enfermedad. La ciudad jamás se librará de esta etiqueta de ‘epidémica’. Sólo podrá conseguir mantener la enfermedad controlada y alistarse cada año (o cada tres o cuatro) para un formidable brote de dengue y sacar a relucir su arsenal de combate biológico, pero esta respuesta aunque anunciada, es a corto plazo, en realidad, el meollo del asunto y la resolución final está en que los sujetos más proclives al contagio aprendan a erradicar los criaderos y lo hagan de una vez por todas.

Que sea un mal de constante alerta, que esté intrínsecamente ligado a la condición natural de la ciudad, que sea una enfermedad tropical, que posea una presencia histórica relativamente larga en Cali, y al mismo tiempo que no tenga un alto riesgo por mortalidad, fueron las razones para elegir al dengue entre muchas otras opciones posibles. La guerra contra el dengue es también una guerra contra la mala imagen de la ciudad, y convocar a la ciudadanía a participar de la contienda es el as bajo la manga de los guardianes de la salud. Hemos aquí privilegiado las respuestas institucionales a la epidemia que es lo que nos permite visualizar la puesta en escena y el funcionamiento del dispositivo de salud pública del cual hablamos antes. El dengue nos ha permitido hablar de Cali en alguna dimensión, de la elaboración simbólica de un insecto como enemigo acérrimo de la ciudad, de un riesgo epidémico eterno, de unas condiciones de salubridad desiguales, de una zonificación de la urbe que devela una geografía de la enfermedad, de un temor a las aguas y al clima, de unos sujetos ideales con conductas salubres que se quieren construir, de unas respuestas institucionales a una amenaza biológica recurrente y de unos canales de información y difusión que no se

²⁴⁰ Armus, Diego. Op. cit.. p. 23-24.

²⁴¹ Armus, Diego. *Historias de tuberculosos que protestan*. En: Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005. p. 79-80.

²⁴² Petryna, Adriana. *Life exposed. Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press, 2002. p. 6.

muestran tan efectivos. El arsenal médico y mediático desplegado por la Secretaría de Salud Pública en el marco de este último brote de dengue no dejará de ser atrayente, sobre todo porque éste no fue el más letal de historia de la enfermedad en la ciudad, sólo se lo proyectó como tal según datos de la vigilancia epidemiológica y esto fue suficiente. Para bien o para mal, el dengue es una enfermedad ya conocida y con cierto historial en la ciudad, el plan de contingencia tuvo cierta base de la cual partir: el programa continuo contra el dengue que operaba, según se dice, desde 1993; pero con la intempestiva llegada de la gripe AH1N1, el dispositivo de la salud pública tendrá que ingeniarse nuevas tácticas de combate, en una arena biológica completamente distinta. Es esto lo que veremos en las próximas páginas.

Tres

Pandemia por Influenza AH1N1 en Cali

Fue anunciada con cierta anticipación. El virus parecía controlable pero el riesgo máximo. Llevaba algún tiempo circulando en el mundo bajo el nombre de ‘gripe porcina’. Amplias campañas mediáticas para prevenir su propagación mundial fueron puestas en marcha. Desafortunadamente, en abril de 2009, se declaró la pandemia inminente por influenza AH1N1, una mutación particular, cuya propagación no dependió más de las aves, los cerdos, los caballos o algún otro tipo de mamífero particular. Las alertas se tornaron rojas cuando se demostró el primer caso de contagio de la enfermedad entre dos personas, sin necesidad de mediación de alguna otra criatura. El carácter mundial de lo que implica una alerta por ‘pandemia inminente’ explica las respuestas expeditas de parte de las instituciones de salud para prepararse ante un virus que se propaga como el aire. Ciertamente, el nivel de prevención no fue suficiente y el virus de la gripe A llegaría no sólo a Colombia, sino también a Cali. En cuestión de unos meses el terror por esta enfermedad cesará, aunque posteriormente sigan presentándose casos, incluso más, que en el instante mismo de la alerta mundial. Tampoco puede hablarse de una dolencia nueva, pues ya antes habían ocurrido episodios epidémicos por influenza, así que nos quedará la pregunta: ¿qué es lo que tuvo de particular esta pandemia por influenza humana –ya no porcina ni bovina–? Al igual que con el dengue, procuraremos examinar cuatro dimensiones: la biología de la enfermedad, su presencia histórica, las políticas de control y prevención, y las buenas prácticas para su manejo.

Biología de la influenza

Hemos de distinguir en un principio, que existen virus de influenza para los diferentes seres del reino animal. Se habla de influenza porcina, influenza aviar e influenza humana, que son enfermedades genéticamente distintas. Sin embargo, los virus de influenza pueden ser contagiados entre las diferentes especies y pueden incluso combinarse y mutar entre sí¹, es por esto que en algún momento anterior a la influenza humana, hubo episodios de gripe porcina y, mucho antes, brotes de gripe aviar. Esto quiere decir que los cerdos y las aves pueden transmitir el virus a los seres humanos, pero también los seres humanos a ellos²; además, los cerdos pueden contagiarse el virus entre ellos mismos y así mismo ocurre para los seres humanos. Así, una persona puede contagiar a otra de influenza porcina de un virus que adquirió por un contacto estrecho con cerdos. Ciertamente, la transmisión hombre–cerdo es mucho menos común que la transmisión cerdo–cerdo u hombre–hombre³. Aunque la influenza aviar, el Sars y la influenza porcina hayan sido, de cierta forma, precursoras de esta epidemia, en esta sección nos referiremos únicamente a la biología del virus de la influenza humana.

¹ Secretaría de Salud Pública Municipal. *Influenza porcina*. Cali: Programa Amplia de Inmunizaciones - Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 4.

² *Ibid.*, p. 11.

³ Organización Panamericana de la Salud. *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C.: OPS, 2009. p. 22.

El contagio entre seres humanos comenzó a ser una preocupación cuando, en México, parecieron aparecer los primeros casos de transmisión en los que no había un cerdo como intermediario. La OMS adelantará una serie de estudios para dictaminar la certeza de este fenómeno⁴ y, será después, cuando la alerta que algún momento se estableció por gripe porcina, pase a ser por influenza humana. La combinación genética que ocurrió para que la gripe porcina se tradujera en un virus de influenza humana no es muy claro, se dice que es una variación de la cepa H1H1 del tipo A, que combinó una cepa aviar, dos cepas porcinas y una humana, transformándose genéticamente, saltando de los cerdos a los seres humanos, hasta que el virus logró contagiarse entre estos⁵.

Esta enfermedad, como el dengue, está asida a los cambios climáticos, sin embargo, si con el dengue aún existía la posibilidad de que la meteorología no pudiera determinar las incidencias de la enfermedad, sino solamente proyectarlas; la influenza, una enfermedad respiratoria aguda (ERA), sí encuentra su intensidad comprometida con el clima, en particular, el invierno⁶. El aire y las secreciones serán los canales de contagio de esta enfermedad en vez de algún mosquito, lo cual la convertirá en un mal mucho más peligroso, en términos epidémicos, por su gran facilidad de difusión. La tos, los estornudos y la tos⁷ serán los enemigos ante los cuales tendrán que lidiar las políticas de salud pública, pues no existe ningún oponente concreto al cual se le pueda declarar la guerra, sino a las mismas personas que no tienen una buena higiene de manos y que no se cuidan al hablar o toser. El potencial pandémico de la influenza no sólo tiene que ver con el contacto entre personas, sino también objetos y superficies contaminados con el virus, que también pueden transmitir la enfermedad⁸, incluso con gotas infecciosas suspendidas en el aire o la combinación de estas formas⁹.

La estacionalidad de la enfermedad permite saber que en los períodos de invierno se presentarán picos de la enfermedad, pero en los países tropicales la falta de definición de las estaciones impide establecer con certeza el lapso en el que se esperaría una mayor circulación del virus¹⁰. Otra vez, la tropicalidad de los países será un factor que agravará la enfermedad, en este caso, por las dificultades que genera en la predicción de los brotes. En países con estaciones definidas, es posible casi adivinar los meses en los cuales circulará con mayor incidencia el virus (finales de otoño o invierno), pero aunque en los países tropicales exista

⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal. *Boletín de prensa No. 4212.04-156. Administración municipal toma medidas preventivas*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 1.

⁵ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de articulación de la atención para la pandemia humana*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 56.

⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Medidas preventivas para mantenerse saludable*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 1.

⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de respuesta municipal contra la pandemia de influenza AH1N1*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 4.

⁸ *Ibid.*

⁹ Sussmann, Otto. *Resfriado común e influenza*. En: *Acta de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. Vol. 33, No. 4. Bogotá, 2005. p. 133.

¹⁰ Instituto Nacional de Salud. *Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda*. Bogotá: INS, 2011. p. 8.

un incremento de la circulación de la enfermedad en los meses más lluviosos (porque no es del todo aceptable hablar de invierno como tal), los brotes también se han presentado por fuera de estos períodos. Como con el dengue, el clima sólo consiste en un factor amenazante y que puede servir de sustento al análisis epidemiológico, pero nunca será una fuente fiel de predicción o proyección de una epidemia. En el caso de estos países, ya naturalmente asociados con el tercermundismo, no sólo habrá que lidiar con las pobres condiciones de salubridad, sino con la incerteza y el temor que vienen con las oleadas de frío y calor. En síntesis, la actividad del virus en los países, dice la OPS, se prolonga durante todo el año¹¹, lo cual implicará costos mucho más altos, tanto en términos de la economía de los países, como del sostenimiento mismo del aparato médico para responder a los brotes epidémicos.

Como en las demás enfermedades, las instituciones de salud establecen criterios para determinar la gravedad de los casos de cada uno de los contagiados. El saber epidemiológico al que nos referimos anteriormente es la pieza clave dado que constituye el sistema de información estadística que vigila el desarrollo y la evolución de la enfermedad en cierto territorio. Para tales fines, se definen los “casos sospechosos” y los “casos confirmados” de influenza porcina e influenza humana. Síntomas como la fiebre con comienzo súbito igual o mayor a 38°C, tos, dolor de garganta, rinorrea, cefalea, mialgia y otros, como conjuntivitis¹², configuran el cuadro clínico de la influenza A. Es decir, cualquier caso similar a una gripe común es un caso sospechoso de gripe A. Pero, ¿caso estos síntomas no son casi los mismos que los del dengue?, ¿cómo establecer médicamente que un paciente, con una gripe de 39°C y debilidad, es víctima de dengue, de influenza o de alguna otra enfermedad, dentro de las cuales puede encajar este cuadro clínico, tan amplio como ambiguo? No sabemos. Algunos estudios se concentrarán en tratar de distinguir, inclusive, el resfriado común de la influenza, y las diferencias sintomáticas radicarán en detalles, a veces nimios, a veces poco exactos, como que el resfriado tiene una duración media y la influenza un comienzo súbito¹³. El diagnóstico diferencial fue una de las trabas que encontraron las autoridades sanitarias para hacer un seguimiento fiel a estos brotes. La prevención exige notificar con anterioridad los casos, pero la estadística médica precisa de un diagnóstico acertado que sólo es posible tras cierta evolución del virus. La frontera entre la celeridad que requiere la prevención y la exactitud epidemiológica es en realidad un vacío que el refinamiento científico no puede llenar, y en el cual la predicción entra a jugar.

Para procurar contrarrestar el abismo entre estas dos orillas del saber médico se decide que el contacto con una persona infectada con AH1N1, viva o muerta¹⁴, es un indicador más de un caso sospechoso de influenza A, allende del cuadro clínico de arriba. Sólo el análisis de las pruebas de laboratorio¹⁵, al cual deberán someterse todos los sospechosos, podrá determinar si dicha persona ha sido maldita con el mal, convirtiéndola en un “caso confirmado” o, por

¹¹ Organización Panamericana de la Salud; Centers for Disease Control and Prevention. *Protocolo genérico para la vigilancia de la influenza*. Washington D.C.: OPS, 2006. p. 4.

¹² *Ibíd.*

¹³ Sussmann, Otto. *Op. cit.* p. 132.

¹⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de respuesta municipal contra la pandemia de influenza AH1N1*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 5

¹⁵ *Ibíd.*, p. 8.

el contrario, salvándola al hacerla un “caso descartado”. Las pruebas de laboratorio son quizá la única posibilidad de asegurar la presencia de la enfermedad en un cuerpo humano, de hecho, existe la categoría ESI (Enfermedad Similar a la Influenza), donde se incluyen otros virus que producen males similares a la influenza causando los mismos síntomas, a tal punto de hacer imposible la distinción sólo a partir de ellos. Una ESI puede ser causada por un virus de la influenza, un adenovirus, un virus sincitial respiratorio o la parainfluenza 1, 2 y 3¹⁶. El espectro de enfermedades con síntomas similares se amplía en demasía provocando una mayor situación de incertidumbre ante un caso de gripe que llegue a un centro asistencial. La incertidumbre jamás podrá ser solucionada por medio de la semiología médica. El envío de las muestras a laboratorios especializados será la única opción, aunque los resultados puedan tardar algún tiempo.

La situación es aún peor. Las ESI hacen parte de un grupo más grande de enfermedades similares que son las IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave), que puede ser causada por un virus o bacteria¹⁷, ensanchando todavía más el repertorio de males relacionados. Al formar parte de este grupo, la influenza humana, que nos ocupa en este caso, adquiere un nivel de gravedad superior que, si no es tratada adecuadamente y a tiempo, podrá producir la muerte del paciente¹⁸. En este sentido, la influenza se encuentra en el mismo nivel de peligrosidad para la vida que la neumonía causada por estafilococo o la infección por clamidia. Aunque el virus no sea nuevo ni las pandemias ni epidemias por influenza tampoco, la configuración específica del AH1N1 se considera atípica, así como también la epidemia que este virus produjo en el mundo¹⁹. La vacuna contra esta enfermedad no existió desde siempre y, de hecho, una de las carreras trascendentales contra el tiempo que tuvieron que emprender los laboratorios farmacéuticos en “todo” el mundo, consistió en encontrar lo más rápido posible la vacuna para la influenza humana del momento. Los dispositivos de salud pública tuvo que lidiar durante un tiempo, relativamente importante, con la pandemia sin contar con cura alguna y esperando pacientemente a que se anunciara el nuevo descubrimiento.

Sí existían, en cambio, vacunas para la influenza de otros tipos y subtipos y debido a la alta variabilidad genética del virus es que se recomienda una vacunación anual contra la enfermedad, esas vacunas procuran incluir las nuevas cepas del virus inactivado en las vacunas²⁰. Esa gran posibilidad de cambio genético del virus hace que la vacuna aplicada en cierto momento no garantice inmunidad contra los otros subtipos y, ni siquiera, contra las variaciones del mismo tipo²¹. Para eliminar la propagación del virus de influenza no hubiese sido suficiente exterminar a todos los cerdos, aves y caballos del mundo, como sí se procuró hacer con el mosquito del dengue. Aunque dengue e influenza sean dos enfermedades

¹⁶ Instituto Nacional de Salud. *Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda*. Bogotá: INS, 2011. p. 3.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 5.

¹⁸ *Ibíd.*

¹⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de articulación de la atención para la pandemia humana*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 16.

²⁰ Izurieta, Héctor. *Influenza: aspectos epidemiológicos básicos para el desarrollo de vacunas*. Washington D.C.: OPS, s.f. p. 3.

²¹ *Ibíd.*

virales, y ciertamente son biológicamente distintas, la diferencia cualitativa de ambas es mucho mayor. La influenza no precisa de un vector para propagarse, si hubiese que buscar alguno, los efluvios aéreos serían los culpables. El enemigo de la lucha contra la influenza es mucho menos visible que el del dengue. La etiología de la influenza obliga a ir directamente contra el virus, la pugna contra el dengue podía cosificarse más fácil con el *Aedes Aegypti* y sus huevecillos. No se sabe bien si el problema son las aves, los cerdos, el aire o las mismas personas que se aglomeran y no se cubren. Como con el dengue, la biología de la enfermedad determinará las respuestas del dispositivo de salud pública. No hemos visto aún ninguna precisión sobre la microbiología del virus de la influenza.

Sólo para ubicarnos, el virus pertenece a la familia de los Orthomyxoviridae, cuyo tamaño oscila entre los 80 y los 100nm, los virus viven dentro de las aves acuáticas como reservorios, lo que hace que la su erradicación no sea posible²². Los virus que existen en estos reservorios son seguramente mutaciones que contienen cepas de virus de influenza humana²³, por lo cual pueden ser transferidos a los seres humanos y pueden producir potenciales epidemias o pandemias, de acuerdo con sus características específicas. El virus de la influenza tiene tres tipos: A, B y C. Los dos primeros son morfológicamente indiferenciables, mientras que el C presenta una estructura distribución proteínica particular²⁴. Los subtipos de estos virus están dados por variaciones en las proteínas estructurales, que son la hemaglutinina y neuraminidasa²⁵, de ahí que los virus en particular puedan adquirir nombres como influenza AH3N5 o AH3N2 –que fue la cepa causante de lo que se conoció como el “abrazo del pato”– y así sucesivamente. Especialmente es el tipo A, y en menor medida el B, son los que presentan mayor variabilidad antigénica y han sido los causantes de las tres grandes epidemias de influenza que han azotado el planeta en 1918, 1957 y 1968²⁶. En total, se han descubierto 15 tipos de hemaglutinina y 9 de neraminidasa²⁷, lo cual otorga a estos virus un gran potencial de variabilidad genética, razón a la que se le atribuye también su capacidad de subsistir en el mundo a través de los tiempos.

La variabilidad genética de los virus tiene que ver también con la gravedad de las epidemias que producen. Los virus tipo C son poco comunes, sólo producen una enfermedad respiratoria leve, y por tanto no representan una afrenta a la vida humana ni se asocian a las epidemias²⁸; caso distinto es el de los virus A y B, cuyas variaciones son mucho mayores. El virus de influenza tipo B ataca sólo a los seres humanos, pero el cuadro clínico que produce es menos leve y está más asociado a las epidemias regionales o locales²⁹. En cambio, el tipo A

²² Vargas, Manuel Antonio. *Influenza: agente etiológico, manifestaciones, diagnóstico, prevención y control*. En: Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Vol. 47, No. 2. Bogotá, 1999. p. 82.

²³ Benenson, Abram. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Washington D.C.: OMS-OPS, 1992. p. 306.

²⁴ Vargas, Manuel Antonio. Op. cit.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Vargas, Manuel Antonio. Op. cit. p. 83.

²⁸ Sussmann, Otto. Op. cit. p. 134

²⁹ Salgado, Helí. *Influenza: actualización de conceptos*. En: IATREIA, Revista Médica de la Universidad de Antioquia. Vol. 15, No. 4. Medellín: 2002. p. 234.

es capaz de infectar a seres humanos y otros animales, como ya lo hemos visto, pero además está directamente asociado a las grandes pandemias globales y a un cuadro clínico mucho más severo que afecta a todos los grupos de edad³⁰. Dos tipos de cambios genéticos pueden ocurrirle a los virus. Por un lado, está la deriva o desviación antigénica (*drift*), que son cambios pequeños en la estructura del virus, no son muy relevantes, pero implica que se efectúen cambios en las composiciones de las vacunas contra la influenza para que éstas sean efectivas³¹. Por otro lado, está el cambio antigénico (*shift*) que consiste en la aparición de un nuevo subtipo de virus ante el cual las personas no tienen inmunidad alguna³². Este último tipo de cambios será el que más nos compete a nosotros porque serán los que demarcarán verdaderos problemas de salud pública, pues la falta de inmunidad de la población sumada a la alta propagación que caracteriza el virus, hace mucho más posible el desarrollo de una pandemia mundial. El virus tipo A, entonces, agrupa tres características que lo hacen el más peligroso para la vida humana: su gran capacidad de transmisión entre humanos y otros animales, su alta e imparable variabilidad genética y el severo cuadro clínico que produce en comparación con los otros dos tipos del virus.

Una vez el virus ha entrado en el cuerpo humano, se adhiere a las células del epitelio respiratorio de la tráquea y bronquios, se replica y destruye a aquellas células que infectó³³. El virus será excretado a través de las vías respiratorias en un lapso de 5 a 10 días³⁴, he aquí la necesidad de establecer buenas prácticas de limpieza e higiene para que los portadores del virus no lo difuminen más a través de su saliva o mucosa. Si el dengue produjo la compulsión de la gente a ser higiénica con sus objetos domésticos, la influenza será mucho más despótica al prescribir conductas higiénicas hacia sí mismo y hacia el otro. El contacto social directo es el criadero de virus de influenza que habría que erradicar. Además, al igual que con el dengue, el impacto socioeconómico de la enfermedad es una variable importante a ser considerada por las instituciones de salud. El malestar y la debilidad que produce la influenza suman en promedio 6 días de restricción de las actividades laborales o escolares³⁵, lo cual generó cálculos muy exactos de lo que costó la pandemia de dengue en países como México y Estados Unidos. El mismo tipo de cálculos realizados con el dengue donde se consideró, sobre todo, el cese de actividades económicas como la consecuencia más atroz de los brotes.

Cierto es que el virus de la influenza nos hace a todos los seres humanos personas vulnerables ante su infección, pero a diferencia del dengue, existe una mayor definición de los grupos de alto riesgo para esta enfermedad. La enfermedad ataca sobre todo a los dos extremos de la pirámide poblacional, niños y ancianos, pero también a todo tipo de personas que tengan baja respuesta inmunológica³⁶, por ejemplo, aquellos contagiados con el virus del

³⁰ *Ibíd.*

³¹ Álvarez, Alba María; Andrus, Jon. *Consideraciones para la vacunación en caso de una pandemia de influenza*. En: Med UNAB. Vol. 8, No. 3. Bucaramanga, 2005. p. 192.

³² *Ibíd.*

³³ Salgado, Helí. *Op. cit.* p. 235.

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ Sussmann, Otto. *Op. cit.*

³⁶ Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). *Prevención y control de la influenza*. En: Médico Interamericano. Vol. 15, No. 10, 1996. p. 589.

VIH. Dicha correlación entre los sujetos con baja capacidad de respuesta de anticuerpos y la gravedad de la presencia de la enfermedad, dará origen a una toda una serie de estudios científicos que demostrarán constantemente esta asociación. La defensa del cuerpo humano ante el virus de la influenza está dada por los anticuerpos generados en respuesta a la hemaglutinina³⁷, de modo que si el sistema inmunológico es débil, hasta el mismo virus reducido de la vacuna podría generar un cuadro clínico grave en el paciente. Será este un limitante a este mecanismo de control del virus, pues aquellos grupos de alto riesgo son precisamente los que se revelarían menos aptos para las vacunas. Un cuidado hospitalario o ambulante muy concienzudo sería necesario para evitar la mortalidad de estos pacientes en particular, aumentando los costos –gran preocupación– generados por estas pandemias.

De acuerdo con las características del comportamiento del virus de la influenza y su presencia en el espacio, podemos enfrentarnos a una pandemia, una epidemia y una endemia. Los últimos dos rótulos son ya mucho más conocidos por nosotros debido a los brotes de dengue. Con la influenza, una endemia hace referencia a la existencia de casos esporádicos anuales en cierto territorio, mientras que la epidemia tiene que ver con brotes locales y anuales debido a los cambios antigénicos menores³⁸. La pandemia, en cambio, es mucho más distintiva de la influenza por su carácter viral de veloz propagación y contagio. Esta condición hace referencia a un compromiso de todo el planeta, o la gran parte de él, debido a la aparición de un nuevo virus por mutación, ante el cual las personas, por claras razones, no tendrían inmunidad alguna³⁹. Así que el carácter pandémico de la influenza poco tiene que ver, en realidad, con la mortalidad que pueda producir. Por supuesto, un organismo humano puede dejar de funcionar por la infección de un virus de estos, pero las probabilidades no son tan altas como el significativo ‘pandemia’ podría, a simple vista, expresar. El uso de la palabra *pandemia* para referirse a este brote constituye un punto de gran interés para nosotros y lo retomaremos más adelante.

Ahora, la influenza puede presentar dos condiciones agravantes aparte de la habitual influenza clásica que es aquella que hemos descrito aquí. La influenza complicada es aquella que es agravada por una infección bacteriana excesiva teniendo graves índices de mortalidad; pero más terrible aún es la influenza fulminante, que funciona como una neumonía viral primaria con un ritmo grave y altamente destructivo con elevadas tasas de mortalidad también, que además se ha reportado mucho más en los episodios pandémicos⁴⁰. Si el dengue presenta una complicación que es el dengue hemorrágico, la influenza parece aún más temible con estas dos formas con mayor ratio de mortalidad. Potencialmente, la influenza es mucho más grave no sólo porque tiene una más acentuada tasa de muertes relacionadas, sino porque su difusión no depende de la picadura de ningún bicho ni del contacto con animales específicos, basta con el mero trato social del otro infectado. La severidad de la enfermedad sólo depende de la experiencia inmunológica del infectado y de

³⁷ *Ibíd.*, p. 588.

³⁸ Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Influenza: ¿enfermedad suficientemente conocida?*. En: *Pediatría*. Vol. 39, No. 3, 2004. p. 193.

³⁹ Gutiérrez, Enrique. *Impacto de la infección por virus de la influenza*. En: *Infectio*. Vol. 4, No. 2. Medellín: 2000. p. 18.

⁴⁰ Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Op. cit.* p. 194.

la variabilidad antigénica del virus, se supone que únicamente el 50% de los infectados mostrarán los síntomas clínicos de la enfermedad⁴¹.

El agente infeccioso que acabamos de describir muy someramente –la microbiología objetaría la simpleza con la que ha sido tratado el asunto aquí, debido a la enorme bibliografía referente a este virus– nos plantea una enfermedad, en términos socioculturales, bien diferente a la que analizamos varias páginas atrás. Reseñaremos brevemente ahora la historia de las pandemias causadas por la influenza tipo A, este virus, a pesar de ser históricamente conocido y anualmente investigado, será el protagonista de una pandemia con enorme difusión mediática hace un par de años. La aparición de la cepa AH1N1 pondrá a las organizaciones de salud en una urgencia por controlar una enfermedad de poderosa propagación, casi como el aire, que además podría generar la muerte de un sinnúmero de personas, exactamente como sucedió en 1918 en Bilbao. En Cali, dengue e influenza no coincidieron en sus puntos más altos, pero tras el “cese” de la pandemia por influenza humana en el mundo, los casos de dengue se dispararán y generarán la situación de alarma que ya describimos. En realidad, todo el 2009 y hasta mediados del 2010 fue un lapso de alta actividad del dispositivo de salud pública en Cali, más si recordamos que dengue e influenza sólo son dos de las múltiples enfermedades que se presentan en la ciudad. El estudio de caso nos permite únicamente centrarnos en estas dos que compartieron el atiborramiento de informaciones desde los medios de comunicación, a través de la comunicación social en salud.

Pandemias de influenza

Se dice que la influenza es tan antigua que Hipócrates la describió por primera vez en el 412 A.C.⁴². No contamos con los recursos bibliográficos ni temporales para realizar un rastreo tan lejano, aunque lo consideramos de suma importancia, por lo menos para nuestros intereses. El nombre de la enfermedad se remonta al siglo XV en Italia, donde se asoció la aparición de la enfermedad con la “influencia” de las estrellas⁴³. Se dice que la primera pandemia de influenza ocurrió en 1580, y que además, por lo menos cuatro tuvieron lugar en el siglo XIX⁴⁴. Aquí, sin embargo, nos ceñiremos a la primera pandemia de influenza del siglo XXI, y comentaremos brevemente la primera pandemia que tuvo lugar en el siglo pasado, que de cierta manera comenzó a alertar a los sistemas de vigilancia epidemiológica sobre la gravedad del virus de la influenza, debido a su capacidad de mutación antigénica. Esta pandemia, más otras dos ocurridas en el mismo siglo, sembrarán el historial de un siglo, en general, azotado por esta enfermedad, desde sus comienzos, y cuyo desenlace fatal será el paso de la alerta por gripe porcina a la pandemia por influenza humana.

Tres episodios pandémicos escriben la historia de la influenza en el siglo XX. El primero de ellos, quizá el más relevante por su impacto social, fue la epidemia de gripe de Bilbao de 1918. Fue precedida por la presencia de brotes en 1893 y 1915, y apareció como tal en abril

⁴¹ Sussmann, Otto. Op. cit. p. 135.

⁴² Izurieta, Héctor. Op. cit. p. 1.

⁴³ Salgado, Helí. Op. cit. p. 223.

⁴⁴ *Ibid.*

con los primeros casos en Europa, y aunque se le ha dado el nombre de “gripe española”, investigadores médicos afirman que la gripa llegó desde el exterior, a través de inmigrantes enfermos⁴⁵. La gripa española se ha calificado como “el más grave conflicto epidémico que ha sufrido el mundo en todos los tiempos” porque se calcula que afectó al 50% del planeta y produjo, en total, más de 20 millones de defunciones⁴⁶. Contrario a lo que ocurrió con la pandemia de influenza humana del año pasado, la prensa española se dedicó a ocultar una epidemia que se salía de las manos de las instituciones de salud y en calificarla como “no alarmante”, cuando se anuncia críticamente que no hay profesionales suficientes para combatir la pandemia⁴⁷. Para octubre, se incrementará la morbilidad en las zonas de mayor hacinamiento y peores condiciones higiénicas, que corresponden con las zonas industriales y de minería, lo cual obliga a declarar oficialmente el estado epidémico el 10 de octubre, el cual se consideró bastante tardío, pues ya para noviembre la enfermedad empezará su descenso⁴⁸.

La epidemia de gripe de Bilbao duró sólo dos meses y sus efectos fueron devastadores en la población humana, no sólo por el número de víctimas, sino por su particular afcción de los grupos jóvenes entre los 21 y 30 años⁴⁹, y no los extremos de la población, como ocurre generalmente en este tipo de epidemias. Si tomamos la dimensión económica del asunto, las pérdidas son superiores, pues lo que se condena es la mano de obra que sostiene el capitalismo industrial del momento, por lo menos en este país, y a estos costos habría que sumarles el impacto de las medidas de salud pública asumidas por la administración. La enfermedad generó estrategias de control tales como el aislamiento del país con el cierre de la frontera franco-española y el establecimiento de un riguroso cordón sanitario; las fronteras marítimas serán objetivo de extrema vigilancia, así como los inmigrantes portugueses, a quienes se les creía los difusores de la enfermedad y se les trataba con cierto tono discriminatorio⁵⁰. Además de esto, las autoridades sanitarias buscarán maximizar la higiene pública a través de la desinfección, fumigación y clausura de locales públicos, incluidos algunos centros religiosos⁵¹. Otras medidas, como la cancelación de espectáculos públicos y el traslado de cadáveres infectados por ferrocarril, causaron cierto revuelo social y fueron impugnadas por el pueblo bilbaíno; se procuró establecer campañas educativas a través de los médicos, donde se fomentaba, en líneas generales, la higiene personal y colectiva, así como también se pretendía evitar las aglomeraciones humanas⁵².

Sin contar con algún remedio concreto, el limón y el ajo serán los productos, cuyas propiedades antisépticas y depurativas, aparecerán como las soluciones para la enfermedad, la demanda y los precios subieron a tal punto que estos alimentos vieron sus precios tasados⁵³.

⁴⁵ Camiruaga, Elexpuru. *La epidemia de gripe de 1918 en Bilbao*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1985. p. 10.

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ Camiruaga, Elexpuru. *Op. cit.* p. 13.

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 14.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 15.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 17.

⁵¹ *Ibíd.*, p. 18.

⁵² *Ibíd.*, p. 19.

⁵³ *Ibíd.*, p. 20.

La epidemia ciertamente menguó la población bilbaína en todos los sentidos, por lo cual fueron necesarios créditos y ayudas nacionales y extranjeras para mitigar los impactos⁵⁴, no sólo demográficos, insistimos. Hubo, claramente, otro tipo impacto social y fue la psicosis o paranoia generada por el clima de temor e inquietud que propició la enfermedad⁵⁵. Los brotes neuróticos y suicidios fueron un efecto exacerbado de este pavor social, ocasionando la fragmentación de muchos hogares bilbaínos; paralelo a esto, el fervor religioso presentó cierto apogeo⁵⁶, la impotencia general del ser humano precisó del poder divino para tener alguna certeza entre sus manos. No en vano, el episodio de gripe se cierra en la ciudad con una procesión a la Virgen de Begoña, coordinada entre autoridades eclesiásticas y civiles, con desbordante acogida por parte de todos los ciudadanos⁵⁷.

Los otros dos episodios de gripe fueron relevantes por la aparición de nuevas cepas, es decir, cambios antigénicos (*shift*), pero sus efectos no fueron tan monstruosos como los de la gripe de Bilbao, por tanto haremos mucho menor énfasis en éstas. Creemos, además, que el conocimiento sobre la pandemia de influenza de Bilbao generó una experiencia de alerta en el mundo que obligó a la salud pública a estar mucho más pendiente de estos virus, llegando a materializar esta preocupación en redes de comunicación y centros de control que se encargaban específicamente de esta enfermedad, pero hablaremos de esto más adelante. Los otros dos episodios pandémicos del siglo pasado, que solamente nombraremos, fueron: la influenza o gripe asiática de 1957 con el virus A y la cepa H2N2⁵⁸ en la que se estimaron unos dos millones de muertos⁵⁹; y la epidemia de gripe de Hong Kong de 1968, que fue producida por la aparición del subtipo H3N2 el cual reemplazó a la cepa de la gripe asiática que había circulado hacia una década en el mundo⁶⁰, con aproximadamente un millón de muertos⁶¹, en este caso la gran magnitud de desplazamientos aéreos desde Hong Kong sirvió para explicar el esparcimiento del virus en Oriente⁶². Estos dos episodios fueron relevantes por sus costos, pero no son comparables a los efectos de la gripe de Bilbao. Tampoco contamos con suficiente información al respecto, quizá por esta misma razón. Lo cierto es que 40 años después de la pandemia española, las autoridades sanitarias estuvieron mucho mejor preparadas para enfrentar estos dos nuevos brotes potencialmente mundiales, y dicha ‘preparación’ se pondrá en escena, sobre todo, con el brote de 2009, cuando el virus parecía ser tan peligroso y contagioso, que sus dimensiones se asimilaban a la ya trabajada gripe española. Para evitar la repetición de un episodio como éste –y como con el brote de dengue del 2010 en Cali– el dispositivo de la salud pública desplegará todo su arsenal de vigilancia, prevención y control.

⁵⁴ *Ibíd.*

⁵⁵ Camiruaga, Elexpuru. *Op. cit.* p. 21.

⁵⁶ *Ibíd.*

⁵⁷ *Ibíd.*

⁵⁸ Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Op. cit.* p. 191.

⁵⁹ Diario El País. *Terror por la nueva ‘peste’ se toma el mundo.* Cali, 3 de mayo de 2009.

⁶⁰ Salgado, Helí. *Op. cit.* p. 234.

⁶¹ Diario El País. *Terror por la nueva ‘peste’ se toma el mundo.* Cali, 3 de mayo de 2009.

⁶² *Ibíd.*

En Estados Unidos, cada invierno, se estiman unos 48 millones de casos relacionados a la influenza, de los cuales se hospitalizan en promedio 3,9 millones y mueren entre 10.000 y 40.000 personas; a esto hay que sumarle el costo económico de cada uno de estos brotes, el cual asciende a los US\$5 billones de dólares al año, siendo que los costos médicos sólo corresponden al 20% ó 30% de esta cantidad⁶³. Esto quiere decir que lo que se contempla mayoritariamente como el costo de una epidemia o brote no es tanto los servicios y el aparato médico-clínico, sino la pérdida de la productividad en cuanto al ausentismo laboral. No es esto para nada distinto que con el dengue, los brotes eran medidos por su impacto socio-económico, donde las instituciones asistenciales eran un rubro más dentro de las pérdidas de la nación. Imposible separar aquí la economía de la salud pública, pero es que ¿por qué nos empeñaríamos en separarlas? Si es que la salud pública no hace más que garantizar la buena condición de los cuerpos. No desdeñamos que exista una preocupación valiosa en sí misma por la vida y esto jamás significará que no haya un cruce entre las políticas de salud y la economía.

De hecho, emergerán una serie de estudios de tipo costo-beneficio que se encargarán de demostrar que la vacunación es mucho menos costosa en términos sociales y económicos, en caso de una epidemia⁶⁴. Sin embargo, en las condiciones actuales de los flujos y la densidad urbanos, los US\$21 que cuesta cada vacuna, podría incluso salir mucho más costosa, si se tiene en cuenta que la gente con su alta movilidad puede ayudar a diseminar mucho más rápido y a mayor escala el virus, además, hay que recordar que para que la vacuna sea efectiva, se requieren dos dosis⁶⁵. Así que el desastre sería mucho mayor. Ante esta situación sólo es posible establecer planes conjugados de contingencia, atenuando los impactos a través de cooperación interinstitucional⁶⁶, y es así como funcionarán los programas de respuesta a la epidemia. La respuesta de Cali a la esperada llegada del virus nos permitirá verlo. Pero no podemos dejar escapar un asunto que viene repitiéndose hace mucho, incluso desde el dengue, que es la movilidad y la densidad urbanas como agravantes de las condiciones epidémicas.

Con el dengue también presenciamos una cierta paranoia hacia las aglomeraciones humanas y las gentes extranjeras que podían importar el virus, pero es que en ese caso, se necesitaba que el mosquito picara al sujeto portador y luego transfiriera la partícula maligna a otro sano. Digamos que esto retardaba un poco el proceso de infección. En la influenza humana, este paso no existe. La transferencia viral es directa entre seres humanos, por tanto, las aglomeraciones y los flujos adquirirán un estatus de peligrosidad muchísimo mayor: Tocar a un enfermo de dengue no es un problema, pero hablar con un portador del virus de influenza A es casi una condena a muerte. El virus viaja con el aire. Las políticas contra esta enfermedad se empeñarán en evitar el contacto humano, hecho interesante porque de inmediato nos preguntamos ¿cómo hacerlo? ¿Cómo es posible frenar el flujo humano si éste es el nodo de la producción económica? La cuarentena global será un objetivo evidentemente

⁶³ Gutiérrez, Enrique. Op. cit. p. 19.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 28.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 29.

⁶⁶ *Ibid.*

no alcanzado, tal vez innecesario, pero considerable si evocamos nuevamente que no existía una vacuna para esta cepa específica y que tardaría, al menos, seis meses en ser elaborada por los laboratorios. No suena tan descabellado concebir la extinción de la raza (o especie) humana con un virus que se difunde con los soplidos, con las gotas de saliva, con el aliento maligno; y que, sin ser esto suficiente, adquiere un estado de pandemia por su dispersión y presencia mundial.

La pandemia por influenza AH1N1 y sus antecedentes

La alerta por influenza humana no fue intempestiva. Ya vimos que la llamada gripe porcina fue el prelude de la pandemia del 2009, pero incluso antes, desde el 2005 los casos reportados de influenza humana aumentaron levemente. Antes de este año, sólo se reportaba un caso de esta enfermedad cada uno o dos años en Estados Unidos, pero entre el 2005 y el 2009 se reportaron 12 casos⁶⁷. Números ínfimos, cierto es, mas la labor de la vigilancia epidemiológica, recordemos, es hacer estos seguimientos minuciosos, incluso con cifras nimias, para poder estar alertas ante cualquier situación o brote epidémico posible. Ya en 1988 una mujer había fallecido por una extraña neumonía, cuya autopsia confirmó la presencia del virus de la influenza porcina AH1N1⁶⁸, y conocemos la reacción que ocasiona para la salud pública la muerte de una persona a causa de enfermedades como estas.

Si vamos a hablar de los precursores de la influenza, tenemos que también referirnos a una enfermedad de transmisión respiratoria del 2003: el Sars. El síndrome respiratorio agudo severo, una forma neumonía atípica con tasa global de mortalidad cercana al 13%, fue notificado por la OMS en marzo de este año con casos en 26 países, distribuidos en los 5 continentes, 8.098 casos y 774 muertes en un periodo de 8 meses⁶⁹. La enfermedad, por tanto, alcanzó el nivel de pandemia –aunque no muchos recordemos esto–, como la gripe española o la influenza misma, con epicentro en China⁷⁰. En Colombia, el Ministerio de Protección Social establecerá medidas de control y vigilancia en todos los aeropuertos del país, tanto en la entrada como en la salida de pasajeros⁷¹, concretamente en Cali sólo se establece un plan de prevención, dado que no se habían confirmado casos de la enfermedad en la ciudad⁷². Este tipo de controles serán bastante similares a los puestos en marcha durante la pandemia de influenza AH1N1, en especial, el control al ingreso de gentes, más que todo, por su lugar de proveniencia y, en segundo lugar, el intento por regular el contacto humano a través de ciertos mecanismos, como las mascarillas.

⁶⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal. *Influenza porcina*. Cali: Programa Amplia de Inmunizaciones - Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 8.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C.: OPS, 2009. p. 15.

⁷⁰ Diario El País. *Cali se vacuna contra el Sars*. Cali, 20 de mayo de 2003.

⁷¹ Diario El País. *Cali se alista contra el Sars*. Cali, 24 de mayo de 2003.

⁷² *Ibid.*

La epizootia por el virus de la influenza aviar AH5N1 con una afección de las aves silvestres y de corral en más de 50 países del mundo⁷³, representa para nosotros el tercer antecedente de la gran pandemia del 2009. No se podía saber a ciencia cierta si la cepa de este virus de las aves podría transferirse a los seres humanos, por ello, la OPS dictaminó que se coordinaran la vigilancia de la salud animal y la vigilancia de la salud pública⁷⁴. La aparición de 258 casos de influenza aviar entre humanos en el lapso del 2003 al 2006, justificó la importancia del Reglamento Sanitario Internacional del 2005 propuesto por la OPS, al tiempo que también justificó el terror por una amenaza pandémica. Previo a estos años, los contagios por este virus habían sido ínfimos, pero los hallazgos de la vigilancia epidemiológica, de nuevo, abrieron el ojo omnipresente de la salud pública y las instituciones mundiales encargadas de ésta. La gripe aviar instó a la OMS a declarar el nivel de alerta 3. Quizá haya sido un efecto de ese terror la masividad que adquirió la pandemia de 2009, o quizá fue éste un ingrediente más que participó en la cocción mediática de la cuarta pandemia por influenza del planeta Tierra.

La gripe porcina, el Sars y el abrazo del pato (influenza AH5N1) serán los antecedentes epidemiológicos de la gran pandemia del 2009 que comenzó, por lo menos mediáticamente, en México. Pues será a partir de estos tres episodios que la OPS comprenderá como necesaria la implantación de nuevos sistemas de vigilancia que sean capaces de detectar el comportamiento de los virus de la influenza y aquellos que tengan un potencial pandémico⁷⁵. Regresa ante nosotros la preponderancia del saber epidemiológico dentro del dispositivo de la salud pública. El 22 de abril se darán a conocer los casos en la Ciudad de México a través del diario Reforma; el 25 de abril se confirmarán casos en Nueva York y Kansas; el 27 de este mismo mes se habrá confirmado en España, Reino Unido y Canadá; y el 28 se confirmarán casos en Nueva Zelanda e Israel⁷⁶. En estas condiciones, la OMS se vio obligada a aumentar el nivel de alerta a 4. Para el 29 de abril, el aumento de casos y decesos por el virus de la influenza AH1N1, llevó a que la OMS declarara el nivel del alerta 5 que quiere decir “pandemia inminente”⁷⁷. En resumidas cuentas, dos niveles de alerta por la potencia pandemia por virus AH1N1 fueron aumentados en un par de días.

En total, la OMS de fine seis niveles de alerta por la pandemia de influenza y también establece los lineamientos generales de los programas de respuesta de los países ante cada uno de estos estados⁷⁸. Por supuesto, el plan de contingencia de Cali en contra de esta epidemia se enmarcará dentro de estas directrices, así como también el mismo plan para el caso nacional. La fase 1 y la fase 2 corresponden al período inter-pandémico, donde el virus está presente en los animales sin ser riesgoso para el ser humano (fase 1) o , en cambio, puede

⁷³ Organización Panamericana de la Salud; Centers for Disease Control and Prevention. *Protocolo genérico para la vigilancia de la influenza*. Washington D.C.: OPS, 2006. p. 5.

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Organización Panamericana de la Salud; Centers for Disease Control and Prevention. *Protocolo genérico para la vigilancia de la influenza*. Washington D.C.: OPS, 2006. p. 3.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 7.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia frente a la pandemia de influenza AH1N1 en el municipio de Cali*. (Versión final). Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 40.

representar cierto riesgo de contagio de la enfermedad a los humanos (fase 2); el período de alerta pandémica cubre las fases 3, 4 y 5, donde se incluyen situaciones con casos de infección humana sin propagación de persona a persona –o propagación mínima– (fase 3), conglomerados pequeños con transmisión limitada entre personas y propagación local (fase 4), y conglomerados mucho más grandes de personas pero aún con contagio intra-humano limitado (fase 5)⁷⁹. En esta última fase, ya se indica que el riesgo pandémico es considerable. Sólo la fase 6 comprende el período pandémico que textualmente se define como: “transmisión acrecentada y continua de la población en general”⁸⁰. El contagio entre seres humanos es el indicador que va incrementando, en el fondo, los niveles de alerta por pandemia, pues al cumplirse esta característica, los niveles de propagación del virus serían muchísimo mayores. Exactamente, fue esto lo que ocurrió con el virus de la influenza humana del 2009, una mutación, como vimos, de los virus de influenza porcina y aviar, que alcanzó su pico de dispersión mundial cuando empezó a cobrar muerte, pero más que todo, cuando se comprobó que era transmisible de persona a persona. Hay que aclarar que ‘pandemia’ no tiene nada que ver con la gravedad de la enfermedad, sino meramente con su expansión geográfica a lo largo del globo terráqueo⁸¹.

Todos pensaríamos que es cuestión de esperar. Que la pandemia llegará en cualquier momento de manera inminente. Pero las predicciones epidemiológicas no son siempre exactas ni acertadas, se insinuaba esto con la anunciada pandemia por influenza humana del virus AH1N1, recordando la predicción del gobierno estadounidense sobre una pandemia de gripe porcina de 1976 que nunca ocurrió⁸². En esos momentos, la dispersión del virus y el contagio persona a persona fueron los argumentos de raíz para tal declaratoria. Son exactamente los mismos con los que se emite la alerta por pandemia inminente en este caso. ¿Cómo dudar de la OMS? ¿Cómo poner en tela de juicio los miles de casos ocurridos en México? ¿Sería esta una alerta y nada más que eso? ¿Es posible no sentir temor ante un bombardeo mediático que emplea la palabra ‘pandemia’ por doquier, dándole un acento apocalíptico?

A las 23:00 del jueves 23 de abril, Felipe Calderón, presidente de México, declara una emergencia sanitaria por un virus desconocido con efectos similares a los de la neumonía pero mucho más graves⁸³. Como hacía casi cien años en otro continente, sale a las calles la efigie de una figura santificada, como si pudiera servir de talismán en contra de una epidemia que atentaba contra la vida del pueblo. Tres días después de la declaratoria hecha por Calderón, el Señor de la Salud salió a las calles de la metrópolis mexicana donde se le veneró y se le suplicó porque salvara a las gentes del terrible brote de influenza. Desde 1691 la figura no había salido de su catedral, pero el domingo 26 de abril salió a defender las vidas mexicanas de una enfermedad que, según los diarios, para el lunes siguiente ya había producido 103 muertes, entre nubes de incienso permaneció en el altar mayor de la Catedral

⁷⁹ *Ibíd.*, p. 41.

⁸⁰ *Ibíd.*

⁸¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de articulación de la atención para la pandemia humana*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 55.

⁸² *Ibíd.*, p. 59.

⁸³ Villoro, Juan. *La angustia de la influenza*. En: Revista Número. No. 63, 2009. p. 54.

permanecería hasta que cesara la epidemia⁸⁴. Y es que ya a finales de marzo, en Veracruz, 400 personas que trabajaban con cerdos se habían enfermado de neumonía; para el día segundo del mes de abril una empresa de biovigilancia informaría que se trataba de un brote de influenza porcina, que llegaría a la primera plana del diario mexicano *Reforma* el 22 de este mismo mes⁸⁵.

A pesar del anuncio hecho casi a media noche, y con poco *rating* –se supone para mitigar la alerta–, el 24 de abril se pudo presenciar una extraordinaria disciplina en los habitantes del Distrito Federal: se cancelaron reuniones, se suspendieron misas, se desistió de ir a cine y sólo unos cuantos restaurantes abrieron sus puertas, y hasta los partidos de fútbol se desarrollaron en estadios vacíos⁸⁶. Pero en México, la gripe llegaría a politizarse. Sería tildada de “terrorismo de Estado”, de “cortina de humo”; y las versiones se contradecían entre sí. La OMS mantenía un nivel de alerta 4, y los muertos eran reales, además la gravedad era confirmada por los médicos, no obstante, sectores de oposición al régimen propusieron maratones de besos para combatir la falsa propaganda oficial⁸⁷. La política de prevención básica en México fue el aislamiento por diez días, con el fin de evitar que se propagara más el virus entre los habitantes⁸⁸, un castigo, tal vez, para una ciudad de tales magnitudes donde la vida se desarrolla precisamente en y a través del contacto social. En efecto, “los días aciagos” fueron dictaminados y llegaron en medio de un clima de temor e incertidumbre, que generó compras excesivas de atún y arroz como respuesta a una situación dramatizada de pánico⁸⁹.

Días atrás, el 24 exactamente, el gobierno federal optó por cerrar los lugares donde ocurrieran potenciales aglomeraciones, incluyendo los restaurantes, pero no el metro, dado que esta medida hubiese paralizado la economía nacional que se encontraba ya bastante menguada por la enfermedad, de modo que los 5 millones de personas que aglutinan en el metro no fueron considerados peligrosos⁹⁰. La paranoia por la desinformación de las personas se recrudecerá cuando el secretario de salud anuncia que las ya 159 muertes asociadas a la influenza no se debían todas a esta enfermedad, de hecho, sólo 7 se habían confirmado por este cuadro clínico⁹¹. Pocos se preguntaron por las otras 152 muertes restantes, sólo esas 7 fueron objeto de discusión, de temor y hasta de mofa. Este mismo día fue encontrada una víctima del narcotráfico usando cubrebocas, y al día siguiente unos sicarios fueron arrestados unos sicarios que también utilizaban cubrebocas para protegerse de la influenza porcina⁹², la epidemia no había detenido el crimen organizado, eso sí, los mendigos que no dejaron de salir a las calles no tenían su cubrebocas reglamentario.

⁸⁴ *Ibíd.*, p. 55.

⁸⁵ *Ibíd.*

⁸⁶ Villoro, Juan. Op. cit. p. 56.

⁸⁷ *Ibíd.*

⁸⁸ *Ibíd.*

⁸⁹ *Ibíd.*

⁹⁰ Instituto Nacional de Salud. *Influenza: vigilancia centinela del virus*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá, 1999. p. 59.

⁹¹ *Ibíd.*

⁹² Instituto Nacional de Salud. *Influenza: vigilancia centinela del virus*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá, 1999. p. 60.

“Achufy”, fue la mascota del momento que se vendió en las tiendas de recuerdos, su nombre surgió de la onomatopeya del estornudo⁹³.

Más allá de estos detalles prolijos está el desasosiego de las autoridades porque México quedase tildada como el lugar de la peste, así como lo fue España con la gripe española en sus tiempos, así que los causantes del mal comenzaron a ser buscados en los inmigrantes⁹⁴, pero muy a pesar de esto, México será recordado en la historia de las enfermedades como el foco de la pandemia de influenza humana que azotó el mundo a comienzos de este nuevo siglo. Los “días aciagos” de la capital mexicana fueron aprovechados por gentes mientras que las oficinas y las escuelas estuvieron cerradas, las vacaciones en Acapulco durante el festivo tampoco fueron desplazadas por el terror que se produjo con la epidemia de influenza⁹⁵. Otras medidas sí se materializaron, como la cancelación de los vuelos a México desde Argentina, China, Cuba, Perú y Ecuador aunque no se había recomendado aislar el país ni cerrar fronteras; mientras tanto, la OMS elevaba el nivel de alerta a 5 por la enfermedad que ya tomaba una dimensión planetaria⁹⁶. Para el 10 de mayo, se habían confirmado 45 muertes a causa de la influenza A, en las entradas de los restaurantes aún existían las botellas de gel desinfectante para los clientes, y sólo hasta el 11 de mayo se re-abrirán las escuelas en la ciudad, se ordenará que los niños se laven las manos como estrategia para aumentar el control sanitario, medida que revelará que 50.000 escuelas no poseían agua⁹⁷, pero esta es ya otra historia.

En Colombia y en Cali, la pandemia por la influenza humana no generará tal situación de alarma extrema, en primera instancia, porque no fue el centro del brote, sino que éste llegaría paulatinamente al país, y luego a la ciudad. Para su llegada, y con la experiencia de brotes de influenza pasados, así como por los reglamentos de la OMS y la OPS en relación con las tres epidemias del siglo XX, se construirán planes de contingencia para una epidemia que jamás fue tan fuerte como se esperaba. Los medios de comunicación tuvieron un papel protagónico en esta historia y la angustia por la influenza generada en México nos lo ha mostrado. El papel de este poder mediático no tiene que ver solamente con la hiper-difusión de la enfermedad, sino también con un grado considerable de desinformación de las poblaciones. Mientras en los artículos médicos de investigación circulaba claramente la definición de ‘pandemia’, a las masas se nos vendió una versión monstruosa de esta misma palabra, como si fuera un titán que consumiría nuestra especie si no tomábamos las medidas de prevención necesarias. De todas maneras, el papel de los medios será central en la reproducción social de la enfermedad y, sobre todo, en la educación y capacitación de las personas para que fueran higiénicas en sus hábitos y prevenir el contagio. Más que dedicarnos a desmentir una versión mediática, debemos analizar los impactos discursivos que tuvieron y la labor pedagógica que procuraron adjudicarse en pos de la salvación de la

⁹³ *Ibíd.*

⁹⁴ Instituto Nacional de Salud. *Influenza: vigilancia centinela del virus*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá, 1999. p. 61.

⁹⁵ *Ibíd.*, p. 63.

⁹⁶ *Ibíd.*

⁹⁷ Instituto Nacional de Salud. *Influenza: vigilancia centinela del virus*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá, 1999. p. 66.

humanidad. Ante una pandemia sólo podría responderse con medios masivos, de allí tal vez, el bombardeo de informaciones que hubo en los diarios sobre la influenza durante los meses que atacó con más fuerza al mundo.

Las autoridades sanitarias no tuvieron una gran cantidad de casos que contabilizar en nuestro país, ni en Cali, por ello no existieron datos epidemiológicos que pudieran incrementar el espanto social. ¿Por qué hablar de un episodio tan aislado y poco relevante como éste en Colombia? Precisamente porque ambas premisas son falsas: ya hemos visto que el brote de influenza humana está, al menos, socialmente ligado con la epidemia de gripe porcina de cierto tiempo atrás, además, la relevancia del episodio no radica en que la gente no se haya suicidado como en Bilbao ni en la inexistencia de procesiones o días aciagos. La importancia de este fenómeno radica en que, por su condición pandémica declarada por la OMS y por el terror de la actualidad mexicana, se dictan disposiciones de prevención en todo el país. En otras palabras, la salud pública responde a las circunstancias epidemiológicas locales y, al mismo tiempo, a las planetarias. Con la interconexión del mundo se acrecientan los flujos de personas y también se globalizan los virus y su temor asociado, pareciera que para la salud pública la globalización es más un mal que un bien, sobre todo en cuanto al flujo de los cuerpos. El dengue expresa la misma reserva con la llegada de gentes portadoras del virus o de mercancías llenas de huevecillos, pero la influenza extrema esta reticencia por ser una enfermedad altamente contagiosa y de propagación entre humanos; reticencia que lamentablemente se justificó cuando se declaró el estado pandémico por su presencia mundial.

La llegada de la influenza porcina/humana a Colombia

En Ambalema, Tolima, en abril de 1994, se documentó el primer brote de influenza en Colombia del subtipo AH3N2 que afectó a unas 6.278 personas⁹⁸. Después, en agosto de 1996 se desata la epidemia recordada como el “abrazo del pato”, en la que 10 millones de colombianos se vieron afectados⁹⁹. Ésta era la más grande epidemia del país desde una ocurrida en 1968-1968 (sobre la cual no poseemos mucha información), el virus se expandió desde Pereira, Quindío, hasta extenderse a la costa del Caribe¹⁰⁰. Dos años después, el INS informa sobre un brote ocurrido en Caldas, Manizales, en el batallón del ejército, donde falleció un paciente tres horas después de su ingreso por urgencias¹⁰¹. Con base en los dos primeros brotes, y sobre todo por el del ‘abrazo del pato’, Colombia se adscribe en 1997 a la red mundial de vigilancia del virus de influenza creada por la OMS, bajo la égida de esta política, los llamados ‘médicos centinelas’ se encargarán en adelante de recoger muestras de los pacientes para enviarlos a los centros de referencia locales (en Colombia, el INS y la Universidad de Los Andes), donde serían remitidos a laboratorios de Australia, Japón, Inglaterra o Estados Unidos, para dar el dictamen final¹⁰² sobre el caso como confirmado o descartado. El flujo de las muestras de los pacientes de lo local a lo nacional a lo extranjero,

⁹⁸ *Ibíd.*, p. 193.

⁹⁹ Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Op. cit.* p. 191.

¹⁰⁰ Gutiérrez, Enrique. *Op. cit.* p. 20.

¹⁰¹ Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Op. cit.*

¹⁰² Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Op. cit.* p. 194.

es necesario para hacer el conteo epidemiológico, tan relevante para el dispositivo de la salud pública. A pesar de la salud que se dice descentralizada a nivel mundial, estos contactos permanentes son necesarios, donde siempre el culmen del saber experto (que no se halla en lo local) es el que tiene la última palabra sobre el asunto. Más para mal que para bien, las instituciones de salud locales tendrán que esperar la respuesta de los laboratorios para poder decidir qué hacer con los pacientes que tienen en sus manos, ya que el diagnóstico médico sin análisis de laboratorios es, como ya vimos, imposible y con un máximo margen de error. Este desfase temporal propiciará la saturación de las instituciones de salud que dependen para la toma de decisiones una respuesta de un país extranjero. Afortunadamente, las noticias ya no viajan en diligencia.

La “llegada de la pandemia” a Colombia es una expresión que debemos utilizar con cuidado, primero, porque existe un oscuro lapso en el que no era muy claro si era pandemia de gripe porcina o pandemia por influenza humana, de todos modos, se hacía referencia al mismo fenómeno; pero por otro lado, no sabemos si debemos ubicar el arribo de la pandemia a territorio nacional el día en que se confirmó el primer caso, o en el momento cuando se comienza la alerta en el país. Son dos fechas distintas, pues para el 27 de abril aún no se confirmaba ningún caso, pero había 12 sospechosos y ya era esto suficiente para comenzar a sentir temor biológico¹⁰³. Recordemos que para considerar a una persona sospechosa de esta enfermedad bastaba con presentar algunos síntomas (el de cualquier gripe) y que tuviera algún tipo de nexos con el episodio virológico: contacto con alguien infectado o, también, un viaje al exterior, en especial si venía desde México. Para esta fecha, las cifras mostraban 22 muertes en este país, y 40 casos confirmados entre Canadá y Estados Unidos¹⁰⁴. Todavía no había certeza sobre otros casos sospechosos alrededor del mundo.

La pandemia llega a Colombia a través de estos 12 sospechosos que llegaron de México y que presentaron síntomas de gripe, que podía ser cualquiera de las otras múltiples enfermedades relacionadas a la influenza, pero por ser México y por ser la OMS, los recién llegados tuvieron que ser biológicamente inspeccionados. Al día siguiente, es decir, el 28 de abril, el país entero se declara en “situación de desastre”¹⁰⁵ por una enfermedad no confirmada, se busca, eso sí, prevenir la dispersión y el contagio de la enfermedad en el territorio nacional. La medida salió de una reunión entre el gobierno colombiano y los directivos de la OPS, estos últimos estimaron que entre 4 y 7 millones de personas son vulnerables a la enfermedad en el país¹⁰⁶. ¿Bajo qué criterios? No es claro, no obstante, el riesgo ya se dice real. El presidente de la Sociedad Colombiana de Infectología rechaza el uso del vocablo “pandemia” para denominar la situación del momento, pues sólo se presentaba en la región norte del continente, no en el mundo entero; mientras tanto, la OMS decretaba vigilancia especial a todas las personas que se desplazaran a y desde México o Estados Unidos¹⁰⁷, y aumentaba el nivel de alerta de 3 a 4 indicando mayor probabilidad de ocurrencia de la

¹⁰³ Diario El País. *Gripe porcina no para de contagiarse al mundo*. Cali, 27 de abril de 2009.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Diario El País. *Estudian doce casos sospechosos en Colombia*. Cali, 27 de abril de 2009.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*

pandemia¹⁰⁸. ¿Qué podría hacerse en contra de las disposiciones de la OMS, respaldadas por la OPS? Este mismo personaje, el presidente de la Sociedad Colombiana de Infectología, asegurará que el sentido de declarar el estado de desastre siendo que no se han confirmado casos tiene que ver con la capacidad de apropiar más recursos para prevenir la entrada del virus, y agrega, “la prevención es la clave, no el pánico”¹⁰⁹. No es raro para nosotros que en nombre de la prevención, bandera de la salud pública, se lleven a cabo medidas de este calibre.

Para esta fecha, se confirmó un caso en España en un viajero que llegó del infectado país, México; otra afectada fue la Bolsa de Nueva York que cerró con una baja de 0,64% atribuido a la epidemia por la afectación de los trabajadores, en esta ciudad se habían confirmado ya 28 casos¹¹⁰. En el resto de países seguían siendo sólo casos sospechosos, incluida Colombia. Al mismo tiempo, la Sociedad de Porcicultores se pronunciaba, y ratificaba que no había ningún peligro al consumir carne de puerco puesto que la presencia del virus AH1N1 en el país aún no había sido confirmada¹¹¹. Debido a la enorme catástrofe, el 29 de abril, la Casa Blanca pidió al Congreso US\$1.500 millones para combatir la enfermedad de la que ya se habían confirmado 64 casos¹¹². Este mismo día se confirma el primer caso de AH1N1 en Costa Rica, de una mujer de 21 años que llegó de México, pero hasta el momento sólo en este último país se habían presentado muertes por el virus; la OMS mantenía su alerta y advertía a los gobiernos de los distintos países sobre la importancia de no bajar la guardia ante el virus a pesar de que los casos confirmados son leves, con la clara excepción de México¹¹³. La situación en Colombia seguía siendo la misma.

El último día del mes de abril, Margaret Chan de la OMS aseguraba que “toda la humanidad está bajo la amenaza de una pandemia”¹¹⁴, el siguiente mapa muestra la situación al momento en que se hacía este anuncio. Sólo México y Estados Unidos presentaban muertes por la enfermedad, pero los casos confirmados ya se habían expandido a los otros continentes del planeta, lo cual hacía más comprensible el nivel de alerta y la pronta declaratoria de la ‘pandemia inminente’; pero en Colombia no había casos confirmados todavía, a pesar del desastre nacional ya dictaminado. Eso sí, el número de casos subió a 59 en todo el país, cada uno de estos casos consistía en personas que presentaban algún tipo de infección respiratoria, más fiebre de 38°C y con antecedentes de haber estado o viajado a México¹¹⁵. La imagen de México como el país del origen del mal aumenta en tanto que es el único parámetro que permitiría discernir un diagnóstico de influenza AH1N1 o no. La científicidad que pueda tener este último criterio queda a discusión de todos. Por otro lado, un afán preventivo se empeña en encontrar sospechosos, con el alivio de no hallar la presencia del virus en el país.

¹⁰⁸ Diario El País. *Aumentó el nivel de alerta en el mundo*. Cali, 28 de abril de 2009.

¹⁰⁹ Diario El País. *Investigan en Cali siete casos sospechosos de gripe porcina*. Cali, 28 de abril de 2009.

¹¹⁰ Diario El País. *Aumentó el nivel de alerta en el mundo*. Cali, 28 de abril de 2009.

¹¹¹ Diario El País. *Antivirales que combaten influenza*. Cali, 28 de abril de 2009.

¹¹² Diario El País. *El virus llegó a Centroamérica y se esparce en el Medio Oriente*. Cali, 29 de abril de 2009.

¹¹³ Diario El País. *Gripe porcina no para de contagiar al mundo*. Cali, 27 de abril de 2009.

¹¹⁴ Diario El País. *Pandemia inminente en el mundo*. Cali, 29 de abril de 2009.

¹¹⁵ *Ibid.*

En cuanto que los casos confirmados en todo el planeta ascienden a 236, para el primero de mayo, y que las alertas en México y Estados Unidos se mantenían, en Colombia se empezaba a hablar de casos muy sospechosos aun sin confirmación¹¹⁶. Simultáneamente, la Secretaría de Salud Pública de Bogotá dio un ‘no’ rotundo a la Confederación Sudamericana de Fútbol



y la Federación Colombiana de Fútbol, pues no iba a permitir que San Luis y Chivas, de México, utilizaran El Campín para sus partidos¹¹⁷. Al día siguiente, el 2 de mayo, los casos mundiales ascendían a 367 con presencia en 15 países del mundo, oficialmente, la ‘gripe porcina’ deja de ser utilizada como el nombre de la enfermedad, para pasar a ser la ‘gripe AH1N1’, pues Keiji Fukuda, director de la OMS, asegura que el virus ya se encontraba en una fase

más humana que porcina y que, además, algunos cerdos en ciertos lugares del mundo estaban siendo sacrificados, lo cual no estaba para nada bien¹¹⁸. De esto mismo se quejaban algunos socios de organizaciones de porcicultores y agricultores que rechazaban la asociación que se había producido entre los cerdos y el virus¹¹⁹. Este mismo día también se descartó que la presente epidemia pudiese llegar a ser tan devastadora como la de 1918 en Bilbao¹²⁰. En Colombia todavía no se confirmaba el primer caso de influenza humana, la pandemia estaría pronta a cesar pero aun no llegaba al país.

Hablando de esta devastadora peste de Bilbao, algunos médicos aseguran que tras haber estudiado muestras congeladas de tejidos de las víctimas de este período, se ha podido confirmar que dicho virus correspondía a la cepa AH1N1¹²¹, al igual que la presente, prueba sin embargo poco discutida y brevemente nombrada. Mientras tanto, las bolsas europeas, asiáticas y norteamericanas seguían a la baja, a excepción del campo de las farmacéuticas cuyas grandes ventas de antigripales habían disparado los precios de sus acciones¹²². El 4 de mayo, Colombia será el decimonoveno país del mundo con presencia de gripe AH1N1 confirmada por un instituto en Atlanta¹²³. La víctima residía en Zipaquirá y había estado de visita en México un tiempo atrás¹²⁴, la confirmación fue suficiente para probar que la prevención no era en vano y que situación de desastre era justificable, además, se aseguró que

¹¹⁶ Diario El País. *Aumentan casos de gripe porcina*. Cali, 1º de mayo de 2009.

¹¹⁷ *Ibíd.*

¹¹⁸ Diario El País. *Gripe A sigue esparciéndose por todo el planeta*. Cali, 2 de mayo de 2009.

¹¹⁹ *Ibíd.*

¹²⁰ *Ibíd.*

¹²¹ Diario El País. *Terror por una nueva ‘peste’ se toma el mundo*. Cali, 3 de mayo de 2009.

¹²² *Ibíd.*

¹²³ Diario El País. *Refuerzan controles por primer caso de gripe A*. Cali, 4 de mayo de 2009.

¹²⁴ *Ibíd.*

el virus se propagaría por todo el país pero que no debíamos temer¹²⁵, pues ya llevábamos tiempo preparándonos para el apocalipsis. Tal vez habría que ubicar en este día la llegada como tal del virus a Colombia pero, ¿cómo pasar por alto todas las acciones en salud pública tomadas antes su arribo y en nombre de la prevención del pueblo? La forma del dispositivo de salud pública que aquí hemos descrito nos obliga a tomar en cuenta, más que nada, este tipo de medidas que se ponen en escena a partir de un riesgo medido en criterios como el contacto con mexicanos o la fiebre superior a los 38°C,

Los discursos que apelan a la calma y serenidad por parte de las autoridades parecieran tener un trasfondo que señala una condición de pánico y caos social absoluto. El presidente Álvaro Uribe, ese mismo día, hará un llamado a los padres de familia para que no envíen sus hijos a estudiar si estos presentan síntomas de gripe, y aplica la misma medida para los profesores y estudiantes universitarios, al mismo tiempo asegura que no debe haber temor ni desespero por parte de los ciudadanos¹²⁶. Ya no es la influenza la que aparece como peligrosa, sino cualquier síntoma de gripe, sabemos nosotros que existen muchísimas otras enfermedades con cuadro clínico similar al de la influenza, incluso enfermedades tan distintas como el dengue y tan cercanas como una infección por virus de parainfluenza 2, pero ¿quiénes tienen acceso a estas informaciones? ¿Cómo no producir pánico en un país cuando el clima arremete, todo tipo de gripa prolifera, y al tiempo se habla de una pandemia de influenza que parece gripa y que por tanto todas ellas son sospechosas, más ahora que se ha confirmado la presencia del virus en el país y sólo resta esperar su difuminación?

Mientras 70 mexicanos en China son sometidos a severas medidas de aislamiento, y en Estados Unidos ocurre la defunción de la segunda víctima por la enfermedad en este país, en Colombia se mantiene la misma situación, con un solo caso confirmado que además estaba en buenas condiciones de salud, según las autoridades médicas¹²⁷. Para este mismo día, 6 de mayo, US\$2,2 millones serían enviados por Francia y Corea del Sur como auxilio para México, donde la gripe AH1N1 contaba ya con 840 casos¹²⁸. Los 3 casos sospechosos que se habían encontrado en la capital colombiana desde el primer confirmado, serían descartados el 9 de mayo¹²⁹ por los laboratorios especializados en Atlanta. El 10 de mayo serán 3.440 casos de contagiados en 29 países del mundo, pero los más afectados seguirán siendo México, Canadá, Estados Unidos y España, mientras los demás países el número de casos confirmados no supera los 5, a excepción de Alemania (con 11 casos) y Brasil (con 6 casos)¹³⁰. La alarma por desastre natural continúa en el país conllevando a efectos que el virus aún no sugiere, por ejemplo, el cierre de una institución educativa en Cundinamarca porque uno de los estudiantes era familiar del único caso confirmado en el país¹³¹. No hay nada más peligroso que el contacto con los enfermos y el nexos social, y siempre es mejor prevenir, recordemos las palabras del presidente de la Sociedad Colombiana de Infectología. Al

¹²⁵ Ibid.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Diario El País. *Revelan cuatro casos probables de AH1N1*. Cali, 6 de mayo de 2009.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Diario El País. *Descartan tres casos de gripe A*. Cali, 9 de mayo de 2009.

¹³⁰ Diario El País. *Gripe AH1N1 ya contagió 29 países*. Cali, 10 de mayo de 2009.

¹³¹ Ibid.

ausentismo escolar notado por el gobierno del país, se añaden las fuertes lluvias que tienen lugar, especialmente, en el centro y el occidente del país¹³².

La situación de alerta aumentará cuando el 11 de mayo se confirmen dos nuevos casos de gripe en el país, “un par de personas que había viajado al exterior, de donde trajeron el virus” se dijo desde el Ministerio de la Protección Social¹³³. Se nos aparece de nuevo el flujo de gentes como el equivalente al flujo de males virales, el contacto con esa gran cosa que es ‘el exterior’ es la fuente por excelencia de contagio, así como también la fuente de duda y sospecha de una gripe común. Este mismo día, la influenza humana ya había causado 4.379 casos y había cobrado su tercera muerte en Estados Unidos, más las 48 defunciones que se contabilizaban en México, país que este mismo día reabrió las puertas de sus estadios¹³⁴. El 13 de mayo la cifra de casos en el país aumentará a 6, cuando se confirmen tres contagiados, otra vez, de personas de Casanare que llegaron de viaje desde Estados Unidos, pero hasta ahora, ninguno de los casos había sido de gravedad ni necesitaba cuidados hospitalarios, todos habían sido llevados satisfactoriamente en casa sin complicaciones¹³⁵. ¿Será esto producto de una excelentísima labor del dispositivo de salud pública que emprendió labores preventivas a tiempo?, o, ¿será que esta misma alerta temprana se encargó de construir una pandemia que al final no azotó al país de la manera que se esperaba? Seguro recordaremos la heroica e inteligente labor más que la paranoia y sobrevaloración de una enfermedad sólo por su primer nombre ‘pandemia’. Y, ¿cómo no hacer caso a ello si este mismo día en el mundo eran ya 5.251 los contagiados y 58 los muertos sólo en México?¹³⁶.

Por algún motivo, un médico del Ministerio de la Protección Social recomendaba mantener la calma en el país por el aumento de los contagiados con el virus, y además, no estigmatizar a ninguno de los enfermos porque ninguno de los casos en Colombia era riesgoso y todos evolucionaban satisfactoriamente¹³⁷. La memoria no alcanza para recordar alguna procesión en nombre de la influenza. Las fuentes tampoco nos muestran. A lo mejor se estaba pensando que, también por algún motivo, en Colombia la pandemia llegaría a tener dimensiones como en Bilbao, o en México, y por eso era mejor preparar a la población para que no explotara en pánico y para que tampoco se generara una discriminación de índole biológica. El 15 de mayo el número de casos en el país ascendería a 10, 8 ubicadas en Yopal, Casanare, lugar donde hasta el momento se presentaban más casos¹³⁸. No fue en el centro del país ni en el occidente donde se esperaba que esto ocurriera por la confluencia entre climas y expansión del virus. Cuando creíamos que las alertas comenzarían a bajar, la OMS anuncia una grave propagación del virus A. La alerta se debía a que la institución aseguraba que aparecerían focos autónomos de la gripe y que la vacuna contra esta cepa se demoraría entre

¹³² *Ibid.*

¹³³ Diario El País. *Confirman dos nuevos casos de gripe A en el país*. Cali, 11 de mayo de 2009.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Diario El País. *Van seis contagiados con gripe A en el país*. Cali, 13 de mayo de 2009.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Diario El País. *Siguen medidas para combatir la gripe A*. Cali, 15 de mayo de 2009.

¹³⁸ *Ibid.*

cuatro y seis meses¹³⁹. La humanidad emprenderá una carrera contra el tiempo, buscando la cura a su mal, antes que éste la consumiera.

Los laboratorios farmacéuticos, ya bursátilmente beneficiados, iniciarán sus investigaciones para producir una vacuna, y aunque ellos mismos señalan un margen temporal de seis meses para obtener el arma contra la peste, algunos países europeos ya habrán hecho pedidos anticipados de la vacuna prototipo “por prevención”¹⁴⁰. Este mismo día la OMS también reportará 7.520 casos en todo el mundo con 65 muertes en total e insistía en que la propagación planetaria seguiría; el doctor Manuel Elkin Patarroyo criticaba a la OMS por elevar el nivel de alerta a 5 por una enfermedad que no había matado a un número considerable de personas, sobre todo, cuando muchas otras dolencias eran de mayor gravedad¹⁴¹. La histeria y la temeridad generadas por estas alertas serán en problema más difícil de combatir según Patarroyo. Sus palabras no tendrán el mismo eco que las de Margaret Chan, directora de la OMS. 10 casos confirmados, 608 alertas y 164 alertas ‘muy sospechosas’, será el balance de la situación del país para el 16 de mayo¹⁴². Al día siguiente se confirmará un nuevo caso en la capital del país y se descartarán 459¹⁴³.

Patarroyo no será el único que se opondrá a los efectos mediáticos de la pandemia en el país. Consuelo Velasco, gerente nacional de la Asociación Colombiana de Porcicultores, se quejará de los efectos que tuvo la desinformación de las personas en el mercado porcino del país. La vocera de la organización se quejará del exceso de prevención producido en la población y en el mal manejo de las cifras, en sus palabras, “Siempre veíamos el mapamundi lleno de punticos rojos de casos que aparecían, pero nadie se detenía a enfatizar que los muertos eran muy pocos y que mucha gente contagiada se estaba recuperando como si tuvieran una gripe normal”¹⁴⁴. Agregó que se generó una angustia terrible y que se trató la enfermedad como si todos fuéramos a morir por ella, mientras que no se aclaraba lo suficiente que comer carne de cerdo no era ningún riesgo¹⁴⁵. Por lo menos en un 25% se vieron afectadas las ventas de cerdos, obligando a los pequeños y medianos productores, a endeudarse por la falta de sacrificios y la sobrepoblación de cerdos que se generó en estas condiciones¹⁴⁶. Al igual que Patarroyo, se quejaba del manejo que dieron los medios al asunto al darle más visibilidad a esta enfermedad que a otras mucho más peligrosas y mortales, y que sólo aclaraban la situación una vez el daño ya estaba hecho¹⁴⁷.

El 26 de mayo el Instituto Nacional de Salud confirma otro caso en el país de una persona que tuvo contacto directo esporádico con una persona que presentaba los síntomas, con éste, eran ya 13 los casos confirmados en la nación, de esos, 7 relacionados con viajeros

¹³⁹ Diario El País. *La OMS anuncia grave propagación del virus A*. Cali, 16 de mayo de 2009.

¹⁴⁰ *Ibíd.*

¹⁴¹ *Ibíd.*

¹⁴² *Ibíd.*

¹⁴³ Diario El País. *Confirman caso de gripe A*. Cali, 17 de mayo de 2009.

¹⁴⁴ Diario El País. “A la porcicultura se le hizo un daño terrible”. Cali, 19 de mayo de 2009.

¹⁴⁵ *Ibíd.*

¹⁴⁶ *Ibíd.*

¹⁴⁷ *Ibíd.*

extranjeros y 6 autóctonos¹⁴⁸. Miguel Ángel Bletrán, alias “Jaime Cienfuegos”, presunto guerrillero de las Farc no sólo fue detenido por las autoridades policivas, sino también por las sanitarias, que decidieron aislarlo mientras se confirmaba si sus síntomas de gripa correspondían al virus AH1N1 o no, Beltrán recién había estado en México y era motivo de extrema duda¹⁴⁹. Al día siguiente se anuncia la llegada del virus a Antioquia con la confirmación de 3 casos en este departamento, aumentando el número total de contagiados en el país a 16, las tres personas habían llegado de viaje desde Estados Unidos, pero, como los demás casos, no presentaban síntomas graves ni requirieron hospitalización¹⁵⁰. El 4 de junio se contabilizan ya 19.273 contagiados a nivel mundial, según la OMS, Chile aparecía como el país de América Latina con más casos (4.000), mientras en Colombia ascendían ya a 20 confirmados¹⁵¹. El día anterior a éste, 3 de junio, habían muerto dos personas a causa de este mal en Nueva York y Obama pedía US\$2.000 millones más al Congreso para llevar a cabo medidas sanitarias¹⁵². ‘Pandemia’ significa ‘enfermedad del mundo’, y aunque su condición se veía como mundial, ciertamente sus efectos eran bastante diferenciados en los distintos hemisferios; igual, la alerta establecida por la OMS fue suficiente para que en países como el nuestro, claramente no azotados por la enfermedad, se extendieran medidas como la declaratoria del desastre nacional, que ya mencionamos, bajo el patrocinio de la prevención y la salud pública que es de todos y para todos.

El 5 de junio los casos confirmados de influenza AH1N1 serán 24¹⁵³ y, con el paso de los días, aparecerá la primera víctima en el país por la enfermedad. Después de 45 días de alerta mundial, Colombia tiene su primer deceso por el virus pandémico, una mujer de 24 años en Bogotá que había sido atendida por expertos tres días antes; con ella, serían 35 los casos confirmados en el país para esta fecha¹⁵⁴. Más que nunca antes, el desastre nacional estaba plenamente justificado. Mientras tanto, la pandemia adquiriría el nivel 6 de alerta¹⁵⁵, siendo denominada la primera pandemia del siglo XXI y la primera en 41 años, se anunciaba su moderación pero al mismo tiempo la imposibilidad de controlarla¹⁵⁶. Para esta fecha, 12 de junio ya, se contabilizaban 28.744 casos en 74 países con muertes en México, Estados Unidos, Canadá, Chile, Costa Rica, República Dominicana y Colombia¹⁵⁷. Así, el país pasaba de estar en la lista de los casos confirmados, a estar en la lista de los países con muertes por influenza humana. ¿Cómo pudimos atrevernos a pensar que era exagerada la declaratoria del desastre nacional en abril? Sin embargo, la tasa de mortalidad de este virus es del 0,1%, la misma de una gripe estacional cualquiera, mientras que la de un virus como el de la influenza aviar es del 60%; -que se encuentra circulando al mismo tiempo que la

¹⁴⁸ Diario El País. *Confirman nuevo caso de gripe AH1N1 en Bogotá*. Cali, 26 de mayo de 2009.

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Diario El País. *El virus AH1N1 llegó a Antioquia*. Cali, 27 de mayo de 2009.

¹⁵¹ Diario El País. *Virus AH1N1 deja 19.273 contagiados*. Cali, 4 de junio de 2009.

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ Diario El País. *En la ciudad ya hay cinco casos de gripe AH1N1*. Cali, 5 de junio de 2009.

¹⁵⁴ Diario El País. *Gripa AH1N1 cobra primera vida en el país*. Cali, 10 de junio de 2009.

¹⁵⁵ Diario El País. *Colombia actúa contra el virus de la influenza humana*. Cali, 11 de junio de 2009.

¹⁵⁶ Diario El País. *La gripe A es la primera pandemia del siglo XXI*. Cali, 12 de junio de 2009.

¹⁵⁷ *Ibid.*

AH1N1¹⁵⁸ -; aún en México, la tasa de muertes por AH1N1 era del 0,4%¹⁵⁹. Fue justo en este momento cuando los altos mandos de la OMS se empeñaron en asegurar que la pandemia sólo tenía que ver con su expansión geográfica, no con su gravedad; y aunque no supone en sí “una causa de alarma no debemos bajar la guardia”, decía Ban Ki-moon, secretario general de la ONU¹⁶⁰. Para estos momentos, todavía no existía vacuna contra este subtipo de virus de influenza A¹⁶¹.

Margaret Chan, nuestra ya conocida funcionaria de la OMS, anunciaba el 13 de junio que “Ninguna pandemia anterior fue detectada tan pronto ni vigilada tan de cerca, en tiempo real, desde el comienzo”, lo cual aseguraba que la humanidad podía enfrentarse a esta enfermedad y que, por tanto, no había razón para el miedo¹⁶². Se confirmaban 41 casos en Colombia para estas fechas¹⁶³. El siguiente mapa muestra la situación del mundo para esta fecha, en relación con la pandemia por influenza AH1N1. Keiji Fukuda, subdirector de la OMS, pondrá en evidencia que los viajes aéreos hacen más complicada la situación de la AH1N1 porque implican que no haya ninguna zona a la cual el virus no pueda propagarse, y Adam Kamradt-Scott, investigador de la Escuela de Higiene y de Medicina Tropical de la Universidad de Londres, aseguraba que si el virus llegaba a los países en vía de desarrollo el impacto sería mayor por carecer de buenas infraestructuras sanitarias¹⁶⁴. Así que esta enfermedad, como el dengue, también tiene una estrecha relación con la pobreza, pues si bien puede expandirse a cualquier rincón del mundo, incluso a Estados Unidos, quien encabezaba la lista de casos para este entonces, el impacto sería peor en un país pobres, y es que estos no podrían combatir tan eficazmente contra le enfermedad, porque no tienen cómo. Quizá es por esto que las autoridades de salud se empeñan en prevenir con mucha



¹⁵⁸ Diario El País. *El mundo, con una pandemia moderada*. Cali, 14 de junio de 2009.

¹⁵⁹ Diario El País. *La gripe A es la primera pandemia del siglo XXI*. Cali, 12 de junio de 2009.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ Diario El País. *Características del nuevo virus*. Cali, 12 de junio de 2009.

¹⁶² Diario El País. *Novartis ya tiene la vacuna contra la gripe A*. Cali, 13 de junio de 2009.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ Diario El País. *El drama de ser sospechosa*. Cali, 14 de junio de 2009.

anterioridad la llegada de las epidemias, tal vez han interiorizado que si el brote llegara a ser brutal, acabaría con el pueblo. Hecho que no sólo acarrearía el diezmo del cuerpo social, sino también la estigmatización de un país pobre destruido por un microorganismo que no supera los 10nm en tamaño. Un estudio de la Universidad de Harvard aseguraba que podrían morir 60 millones de personas en 12 meses si la pandemia de 2009 fuese similar a la de 1918¹⁶⁵.

El mundo en estos momentos sufría dos *pandemias* más, por Sida y malaria que, en conjunto, cobran unos 3 millones de vidas en el mundo e infectan muchas más¹⁶⁶. La pandemia influenza humana, a diferencia de estas dos, a las que la humanidad ya se acostumbró y no les dedica asombro ni pánico, tiene su condición de aleatoriedad y novedad, la cual la hace mucho más aterradora, y las difusiones mediáticas que hemos examinado lo demuestran. Las muertes por AH1N1 no llegaban ni siquiera a las 1.000, pero en un par de meses, el bombardeo de noticias y la promoción de hábitos de higiene y limpieza acapararon la atención. Cierto es que la novedad puede ser el centro de atención de una enfermedad, sin embargo, ¿cómo podemos justificar el empeño en su difusión masiva cuando su tasa de mortalidad, como hemos visto, es realmente ínfima? ¿En qué radica verdaderamente este esfuerzo enorme por hacerle seguimiento a este virus? ¿Por qué la OMS se decidió por elevar el nivel de alerta al máximo si, aunque el virus estaba en casi todo el mundo, el foco de infección era en realidad Estados Unidos? ¿Es la expansión geográfica una razón suficiente para hablar de un riesgo mundial? Los países miembros sólo debían acatar las normas directrices de esta organización supra-nacional, puesto que la salud pública es un asunto que nos compete a todos, sin discusión.

Los laboratorios Baxter anunciarán que han completado las pruebas de la vacuna contra la influenza humana AH1N1 y que comenzarán su producción comercial masiva, mientras tanto, este mismo día, 15 de junio, Colombia contabiliza ya 42 casos confirmados por el virus, sin ningún otro deceso a causa de este mal¹⁶⁷, para el 20 de julio, los casos en el país aumentarán a 64¹⁶⁸, y el 22 de este mes se dará a conocer el segundo caso mortal del país, también en Bogotá, de un hombre de 28 años, hospitalizado por una dificultad respiratoria¹⁶⁹. Característico de este caso mortal fue que no tuvo contacto con gentes extranjeras, es decir, padeció del virus autóctono, hecho que significó una ampliación de las alertas por la permanencia creciente del virus en el país. Se esperaban que las víctimas mortales aumentaran con el paso del tiempo¹⁷⁰. Al día siguiente, la OMS informará que el agente infeccioso sigue propagándose sobre todo en el hemisferio sur y en Colombia ascenderán los casos a 71¹⁷¹. Para el 29 de junio, los casos en el mundo se contabilizaban en 59.814 con 263 fallecimientos, mientras en el país los confirmados habían aumentado a 80¹⁷². El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ Diario El País. *Las pandemias del siglo XX*. Cali, 14 de junio de 2009.

¹⁶⁷ Diario El País. *La gripe AH1N1 ya afecta a 42 personas en Colombia*. Cali, 15 de junio de 2009.

¹⁶⁸ Diario El País. *Casos de gripe AH1N1 ya llegan a 64 en el país*. Cali, 20 de junio de 2009.

¹⁶⁹ Diario El País. *Sigue alarma por causa de la gripe AH1N1*. Cali, 22 de junio de 2009.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ Diario El País. *Se sigue multiplicando gripe AH1N1 en el país*. Cali, 23 de junio de 2009.

¹⁷² Diario El País. *Reportan nuevo caso de gripe AH1N1 en el país*. Cali, 29 de junio de 2009.

anunciaba la existencia de estafadores y delincuentes que vendían medicamentos falsos que supuestamente combatían la influenza humana, por lo cual se hizo un llamado a la población para que evitara compras por internet y a extraños¹⁷³. Ciertamente, las crisis son oportunidades para algunos, no para todos.

La enfermedad seguirá su curso con estas dimensiones, ya con cierta costumbre mediática a escuchar los reportes de la OMS y del Instituto Nacional de Salud. En agosto 22, cuando ya el país cuenta con 360 casos confirmados y 23 muertos por el virus, Margaret Chan anunciará que los países deben prepararse para una segunda y tal vez tercera oleada del virus en el planeta¹⁷⁴. Aún no se contaba con una vacuna ciento por ciento efectiva y los 24 laboratorios farmacéuticos del mundo rivalizaban por fabricarla, pero de todos modos, si se hallaba su administración tendría que ser restringida y limitada, hasta que haya una plena certeza sobre su seguridad¹⁷⁵. El mensaje de prevención a todas las secretarías de salud pública del país sería reactivado con la muerte de una estudiante, el día 25 de agosto, fecha para la cual Latinoamérica será ya la región más afectada del mundo por este virus, tras un incremento en los casos en Argentina y Brasil¹⁷⁶. Estas circunstancias refrendaron, en las autoridades, el temor a la segunda y tercera ola de la enfermedad recién anunciada por la OMS. Mientras tanto, Álvaro Uribe, presidente, se recuperaba satisfactoriamente de su supuesto contagio de AH1N1 por un viaje realizado a Bariloche, Argentina¹⁷⁷.

En septiembre, el Ministerio de la Protección Social, anunciaba que las fuertes lluvias que se aproximaban en el país podrían contribuir a la mayor propagación de la enfermedad pandémica¹⁷⁸. El 7 de octubre 3.292 muertes por infección fueron contadas por la OMS en todo el planeta, y sólo en Colombia sumaban ya 101¹⁷⁹. Y el 14 de octubre, por una falla multisistémica, muere en Cartago una víctima más del virus, con ella, ya el país contaba con 111 muertes a causa de esta enfermedad, mientras que los casos confirmados habían ya ascendido a los 2.371¹⁸⁰ en el país. La difusión de los primeros 10 casos de contagio por virus fue mucho más anunciada y mediáticamente cubierta que las 100 siguientes, si hacemos una mirada retrospectiva, podemos ver también que esta sobreinformación tuvo que ver con la coincidencia de la expansión mundial del virus y de las alertas proclamadas por la OMS. Los reportes sobre las primeras víctimas fueron casi personalizados. A lo mejor, ya el mundo se había ‘acostumbrado’ a vivir con esta pandemia, que aunque seguía aterrorizando, producía cada vez menos temor, después de 4 meses de crisis mundial, ya la pandemia –porque todavía lo era técnicamente– parecía un riesgo mucho menor de lo que fue en sus inicios, paradójicamente. En una semana más ocurrirán 7 defunciones más a causa del virus en Colombia, logrando un acumulado de 118 muertes en 27 de los 32 departamentos¹⁸¹. Era

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ Diario El País. *OMS advierte de una nueva oleada de la gripe AH1N1*. Cali, 22 de agosto de 2009.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Diario El País. *Gripe AH1N1 sigue afectando al alto gobierno*. Cali, 1º de septiembre de 2009.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Diario El País. *Cancelan las clases en el Pío XII por brote de gripe*. Cali, 16 de septiembre de 2009.

¹⁷⁹ Diario El País. *Muertes por AH1N1 en el país ascienden a 101*. Cali, 7 de octubre de 2009.

¹⁸⁰ Diario El País. *Muere mujer por AH1N1*. Cali, 14 de octubre de 2009.

¹⁸¹ Diario El País. *Muertes por gripe A suben a 118*. Cali, 21 de octubre de 2009.

oficial que el virus ya se había tomado el país y se encontraba presente casi en la totalidad del territorio.

Sólo hasta el 29 de noviembre se confirmará la llegada, para el próximo año, la llegada de un millón y medio de vacunas contra el virus a Colombia¹⁸². Finalmente, se contaría con el arma biológica para combatir el mal biológico que azotaba el territorio nacional. Entre el 25 de febrero y el 15 de marzo llegarían estas dosis que serían administradas en primera instancia a los grupos de mayor riesgo: mujeres gestantes, trabajadores de salud (porque podrían contraer el virus por contacto con enfermos y diezmar el persona de atención médica, complicando el funcionamiento del sistema de salud) y los enfermos crónicos en tratamiento¹⁸³. Pero justamente a mediados de febrero, tendrá lugar una reunión entre los directivos de la OMS en la que se decidirá si el virus AH1N1 debe empezar a ser tratado como una gripe estacional cualquiera, debido a su comportamiento epidemiológico reciente, tendiente a la baja¹⁸⁴. Se presume que el virus se mantendría activo, pero su declive será finalmente dictaminado por los altos mandos de la salud pública mundial. Durante la pandemia de abril, los virus de influenza AH1N1 desplazaron a los demás en los causantes de las IRA (Infección Respiratoria Aguda), para diciembre se nota el descenso del brote, a nivel mundial, lo cual conllevó a que la OMS, finalmente, cambiara del estado 6 de alerta máxima a un estado post-pandémico de la enfermedad¹⁸⁵. En efecto, el 10 de agosto de 2010, en Ginebra, Margaret Chan, directora de la OMS anuncia que el virus AH1N1 se ha desplazado hacia su período post-pandémico, de todas maneras se espera que el virus siga circulando estacionalmente en los años siguientes¹⁸⁶. Con la vacuna ya disponible, la lucha contra la enfermedad adquirirá una total dimensión de control y pasará a un ítem más en la lista de los virus controlados por la humanidad. En julio de 2010, el acumulado de los casos en el país asciende a 3.900¹⁸⁷; el arma biológica con que se contaba para esta fecha permitirá dejar en el olvido el pánico asociado a la tos de las gentes en las calles y a las corrientes de tapabocas fluctuantes por las vías. Colombia habría ganado la batalla, con la colaboración de la OMS, contra este feroz microbio y la influenza humana desaparecería de la escena mediática completamente.

Pandemia por influenza humana en Cali

Al igual que en el país, la pandemia de influenza llegó a Cali por los medios de comunicación antes que por la presencia del virus, para el 29 de abril, 7 casos eran sospechosos en la ciudad, de esos, 4 generaban gran preocupación entre las autoridades; como todas, las muestras fueron enviadas a Atlanta para su análisis y se prescribió el aislamiento domiciliario para las personas notificadas¹⁸⁸. Al día siguiente, 6 de estos serán descartados pero aparecerán 7 nuevos casos también sospechosos¹⁸⁹. Para el primero de mayo, 42 personas se encontrarán en aislamiento en la ciudad por ser consideradas como sospechosas, los pacientes que se

¹⁸² Diario El País. *Un millón y medio de vacunas de AH1N1 llegarán al país*. Cali, 29 de noviembre de 2009.

¹⁸³ Diario El País. *Vacunas contra la gripe A no tendrán ningún costo*. Cali, 7 de enero de 2010.

¹⁸⁴ Diario El País. *Este mes definen declive de la AH1N1*. Cali, 14 de febrero de 2010.

¹⁸⁵ Ministerio de la Protección Social. *Circular No. 00000055*. Bogotá, 2010. p. 1.

¹⁸⁶ Organización Mundial de la Salud. *La gripe H1N1 está ahora en el período post pandémico*. OMS, 2010. p. 1.

¹⁸⁷ Diario El País. *Autoridades se preparan para segunda ola de AH1N1*. Cali, 23 de junio de 2010.

¹⁸⁸ Diario El País. *Investigan en Cali siete casos sospechosos de gripe porcina*. Cali, 28 de abril de 2009.

¹⁸⁹ Diario El País. *Pandemia inminente en el mundo*. Cali, 29 de abril de 2009.

presentaban en entidades de salud con síntomas de gripa, pero que no referían viajes al exterior, eran descartados de antemano¹⁹⁰. Para estas fechas, aún no se había confirmado el primer caso de transmisión autóctona del virus en el país. El 4 de mayo, el secretario de salud pública de Cali, anunciará que se encuentran 13 casos sospechosos del virus en la ciudad, pero que ya fueron descartados 4, no se confirma todavía el primer caso de influenza en Cali.

Será el 14 de mayo el día de la llegada oficial del virus a la capital del Valle del Cauca. El afectado fue un hombre de 54 años que había llegado de México y se había internado en la clínica Valle del Lili, se tomó su muestra y se envió a Atlanta y el resultado dio negativo¹⁹¹. El paciente permaneció incapacitado y aislado en su domicilio, hasta que unos días después, el laboratorio en Estados Unidos confirmó que por una modificación de la prueba viral, más sensible, el resultado dio positivo para influenza AH1N1¹⁹². Cuando los funcionarios de salud fueron hasta la casa del contagiado, éste ya se encontraba en perfectas condiciones, sus síntomas habían cesado¹⁹³. De modo que la pandemia llegó a Cali a través de una muestra identificada erróneamente y de un paciente que prácticamente no sufrió los estragos del fiero microorganismo. El primer caso confirmado no fue más que una simple gripe. Al día siguiente se confirmará el segundo caso de influenza humana en Cali¹⁹⁴.

El número de casos confirmados en Cali ascenderá a 5, el quinto día de julio, de dos personas que estuvieron de paso en Estados Unidos y llegaron a la ciudad¹⁹⁵, más otras dos confirmadas el 29 de mayo de personas provenientes de México¹⁹⁶. Los primeros casos fueron todos asociados a viajeros que provenían de los focos de infección de la pandemia: Estados Unidos, México y España, aunque potencialmente, toda zona del planeta era riesgosa para estas fechas. Con la primera víctima en el país, los controles preventivos en la ciudad se exaltarán y se harán llamados a los ciudadanos para que aumenten los buenos hábitos de higiene y de contacto social¹⁹⁷. Pero mientras en la capital del país tenía lugar un gran fragor por la primera víctima mortal, en Cali, la situación epidémica por influenza humana era estable, se mantenían los mismos casos confirmados, ninguno riesgoso, todos en buen estado, se esperaba, eso sí, un aumento de los casos, pues se entendía que era éste “el proceso normal que se lleva en a cabo en este tipo de epidemias”¹⁹⁸, siendo esto ya el 12 de junio, cuando el nivel de alerta por pandemia de la OMS se encontraba ya en nivel 6.

Una caleña relata el drama de ser un caso sospechoso en la ciudad. Después de un viaje al exterior y ante la presencia de síntomas, que no cesaban, decidió acudir a una institución de salud, donde se le aplicó una de las pruebas para tomar muestras del virus, después de que

¹⁹⁰ Diario El País. *Aumentan casos de gripe porcina*. Cali, 1° de mayo de 2009.

¹⁹¹ Diario El País. *Confirman el primer caso de la gripe AH1N1 en Cali*. Cali, 14 de mayo de 2009.

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ Diario El País. *Siguen medidas para combatir la gripe A*. Cali, 15 de mayo de 2009.

¹⁹⁵ Diario El País. *En la ciudad ya hay cinco casos de gripe AH1N1*. Cali, 5 de junio de 2009.

¹⁹⁶ Diario El País. *La gripe A es la primera pandemia del siglo XXI*. Cali, 12 de junio de 2009.

¹⁹⁷ Diario El País. *Gripe AH1N1 cobra primera vida en el país*. Cali, 10 de junio de 2009.

¹⁹⁸ Diario El País. *La gripe A es la primera pandemia del siglo XXI*. Cali, 12 de junio de 2009.

ella había aceptado estar fuera del país, y que el termómetro marcaba temperatura de 38°C¹⁹⁹. Según ella, cuando en su hoja clínica recayó la estampa de “sospechosa” sintió que sus síntomas se agravaron, pues ahora formaba parte del selecto grupo del virus que estaba causando la enfermedad más temida del momento²⁰⁰. Para estos días, se había confirmado la muerte de otra víctima en la capital del país, lo cual seguramente tuvo efectos en el aumento de la efectividad de los centros de urgencias de la ciudad, dando privilegios a las personas que presentaran este cuadro clínico. Aislada en su cuarto, esperaba los resultados de las muestras enviadas a Atlanta, mientras remembraba que las primeras víctimas del virus habían sido jóvenes como ella, y sentía que las estadísticas ya la condenaban²⁰¹. El 20 de junio aparece un nuevo caso confirmado en la ciudad, correspondiente a un hombre que llegada de viaje por Argentina, Bolivia y Perú, su recuperación fue satisfactoria²⁰². En junio 23, de los 71 casos confirmados a nivel nacional, 10 correspondían a la capital vallecaucana²⁰³.

A pesar de las graves alertas propagadas en el país a una velocidad mucho mayor que el propio virus, la situación por epidemia de influenza AH1N1 en Cali no fue nunca letal, todos los casos que se presentaban hasta el primero de septiembre evolucionaban muy satisfactoriamente. Para esta fecha, la Secretaría de Salud Pública Municipal contabilizó 48 casos confirmados en la capital del Valle del Cauca, el 92% del total de los presentados en el departamento²⁰⁴. No obstante, a partir del 16 de septiembre una situación identificará el tratamiento de la epidemia en la ciudad: el cierre de colegios. Este día, las clases en el Pío XII las clases serán canceladas por un brote de gripa, aun cuando ya el invierno que entraba, prometía la pululación de distintas gripes estacionales, no necesariamente la influenza humana²⁰⁵. Con 160 estudiantes que solicitaron incapacidad por síntomas de gripa, 10 profesores enfermos con cuadro similar, además de 40 personas del área administrativa, la institución declara el cese de actividades²⁰⁶. El 19 de septiembre ya serán 4 los colegios que cancelas las clases por infecciones respiratorias²⁰⁷ –no necesariamente influenza humana–. Los colegios Bennett (con 138 casos), Alemán (con 136 casos) y Berchmans (con 87 casos) se sumarán a la medida asumida por el Pío XII el 16 del mismo mes²⁰⁸. Las directivas de las instituciones aseguraban que aunque tenían presente que no tenía que ser necesariamente un brote de influenza humana, preferían seguir con el protocolo y declarar el cierre de las instituciones; la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, además, aseguró que llevaría a cabo inspecciones en las instituciones para realizar las pruebas correspondientes y descartar brotes de influenza humana²⁰⁹. En total, fueron 5.000 los estudiantes afectados por los cierres de colegios²¹⁰.

¹⁹⁹ Diario El País. *El drama de ser sospechosa*. Cali, 14 de junio de 2009.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Diario El País. *Casos de gripe AH1N1 ya llegan a 64 en el país*. Cali, 20 de junio de 2009.

²⁰³ Diario El País. *Se sigue multiplicando gripe AH1N1 en el país*. Cali, 23 de junio de 2009.

²⁰⁴ Diario El País. *Gripe AH1N1 sigue afectando al alto gobierno*. Cali, 1° de septiembre de 2009.

²⁰⁵ Diario El País. *Cancelan las clases en el Pío XII por brote de gripa*. Cali, 16 de septiembre de 2009.

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ Diario El País. *Brote de gripa sacó de clase a cinco mil niños*. Cali, 19 de septiembre de 2009.

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ *Ibid.*

²¹⁰ *Ibid.*

El 22 de septiembre, el Liceo Francés se sumará a la lista al reportar 16 casos de infecciones respiratorias, los cierres durarían siete días en total²¹¹, casi el mismo tiempo que se decretó en México D.F., sólo que en esta ciudad sí existían casos confirmados e inclusive defunciones. Al menos en los imaginarios, la pandemia de influenza AH1N1 estaba azotando la ciudad, y por lo menos, estos cinco mil estudiantes fueron afectados por las medidas de control y prevención en contra de esta pandemia en la ciudad. Dos días después, serán 9 los colegios afectados, de los cuales 8 mantendrán el cese de actividades, debido a un brote de gripe común²¹², pero que es tratada bajo los preceptos del plan de contingencia en contra de la pandemia de influenza humana de la ciudad, y según las disposiciones de la OMS para este tipo de episodios. Estos cierres de instituciones marcaron un fenómeno sin precedentes recordados en la capital del Valle del Cauca. Ni un solo caso de gripe AH1N1 se había confirmado en ningún estudiante de la ciudad²¹³, pero esto no implicó que se retractara en la medida de suspender clases por siete días por una gripe. Todos los años hay gripes estacionales, más en ciudades tropicales como Cali, pero la prevención contra la pandemia dictaminó que era viable y legítimo tomar esta medida de cese de actividades escolares.

Paulatinamente, la pandemia por influenza humana en Cali se tornará en una verdadera epidemia de infecciones respiratorias, asociadas a la ola invernal, en donde esta enfermedad era sólo la peor complicación posible. Recordemos el poco número de casos confirmados por este virus pandémico, y recordemos también su letal tasa de mortalidad: 0,1%. Para septiembre 25, las consultas por gripa habían aumentado desde las últimas semanas en un 100%²¹⁴, y aunque podrían ser muchas las posibles enfermedades las que atacaran a los humanos, el temor a contraer la influenza AH1N1 era preponderante, hecho que se refrenda en la constante difusión de los hábitos higiénicos correctos para evitar su propagación. Por otro lado, algunos funcionarios de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, intuyen que el aumento de estas consultas es, en realidad, un efecto de la difusión mediática de la pandemia, “pues al escuchar a cada instante sobre este virus, las personas tienden a ir más al médico”²¹⁵. Los colegios seguirían cerrando sus puertas por motivo de los brotes de gripa; además de los antes mencionados, el Juvenilía, el Americano, Los Alpes y el Hebrero, se vieron obligados a suspender sus actividades para este mismo día²¹⁶. Y es que el motivo no fue “brote de influenza AH1N1” (el cual nunca se confirmó en ninguna institución), sino “brote de gripa”. Aunque los cambios climáticos hayan generado condiciones para un alto contagio de gripes, se necesitaba una pandemia por influenza humana declarada para que fuesen posibles estos cierres de instituciones, que tal vez sólo en los países fuertemente azotados por la enfermedad llegaron a emitir. A pesar de leerse con un poco de recelo, uno de los efectos concretos de la pandemia por influenza humana en Cali fue el cierre de más de 10 colegios –por “brotes de gripa”–. Todo en nombre de la prevención.

²¹¹ Diario El País. *Liceo Francés, el quinto con brote de gripa*. Cali, 22 de septiembre de 2009.

²¹² Diario El País. *Brote de gripa ya afectó a nueve colegios de Cali*. Cali, 24 de septiembre de 2009.

²¹³ *Ibíd.*

²¹⁴ Diario El País. *Se disparan consultas por brote de gripa en Cali*. Cali, 25 de septiembre de 2009.

²¹⁵ Entrevista con funcionario de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Realizada el 13 de octubre de 2010.

²¹⁶ Diario El País. *Se disparan consultas por brote de gripa en Cali*. Cali, 25 de septiembre de 2009.

1.186 contagios de influenza fueron comprobados por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali para el 27 de septiembre²¹⁷, claro, no influenza humana, sino influenza estacional, la que ocurre cada año en la ciudad. Coincidencia o no, la pandemia por influenza AH1N1 generó en la ciudad un acontecimiento sin precedentes: estos cierres de instituciones educativas que otras enfermedades (seguramente más graves) no produjeron nunca antes. Ni el dengue, ni la varicela, ni el sarampión, ni los piojos ni el “abrazo del pato” produjeron en Cali un hecho similar²¹⁸. Las explicaciones para que el virus de una gripe estacional haya generado esta situación son diversas, desde una menor aptitud de las nuevas generaciones hasta la mutación del virus que generó una cepa resistente a la vacuna del año anterior²¹⁹. Para uno de los miembros de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Cali, el problema está relacionado con la modernidad, pues insta a las personas a mayores contactos²²⁰: Más gente, más flujos, más intercambios no son más que circunstancias que incrementan los contagios, las enfermedades, las epidemias. En el fondo, para la salud pública la densidad urbana es una complicación y un objeto de especial vigilancia. En medio de tanto contacto social directo, el virus viaja a igual o mayor velocidad que un mensaje de texto.

En general, las medidas decididas en nombre de la prevención fueron aceptadas y comprendidas. Algunos pensaban que la pandemia de influenza humana había servido para despertar la consciencia de las personas, puesto que ahora sí acudían a las entidades de salud por una gripe, en vez de permanecer en sus casas²²¹. Los padres de familia parecían agradecer las cancelaciones de clases, pues sus hijos enfermos podrían permanecer en casa por su gripe y no someterse a la disyuntiva entre perder contenidos académicos y arriesgarse a mayores contagios²²². Como en la capital y el resto del país, la temida pandemia por influenza humana tendrá menos protagonismo mediático a medida que pasan los días, lo cual no significó que los casos dejaran de existir o que su presencia realmente cesara del territorio nacional. En Cali, por ejemplo, las gripes estacionales tuvieron, epidemiológicamente, mayor incidencia que la influenza AH1N1, aunque fuera ésta la que determinaba los lineamientos de cuidado y prevención de aquellos brotes. Con la Feria de Cali, a finales de diciembre, aumentan los riesgos de contraer el virus de la influenza humana debido a las visitas de extranjeros de México, Estados Unidos y otros países²²³ que podrían importar, a través de su cuerpo, la enfermedad. Para esta fecha, son 70 ya los casos confirmados por esta presencia en la capital del Valle²²⁴.

Desde la sección de epidemiología de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali se determina que el 10% de los casos sospechosos están referidos a aquellos turistas que vienen

²¹⁷ Diario El País. *La gripe se estacionó en Cali*. Cali, 27 de septiembre de 2009.

²¹⁸ *Ibíd.*

²¹⁹ *Ibíd.*

²²⁰ *Ibíd.*

²²¹ *Ibíd.*

²²² *Ibíd.*

²²³ Diario El País. *El virus AH1N1 no se ha ido de Cali*. Cali, 31 de diciembre de 2009.

²²⁴ *Ibíd.*

a disfrutar de la popular feria de la ciudad²²⁵. ¿Casos sospechosos? Colombia país tropical, y Cali ciudad tropical, están afectados por virus de influenza a lo largo del año, no obstante, es diciembre uno de los meses donde aparecen picos por brotes de estos virus debidos al clima. Hecho que conllevó a que todo caso de gripe fuese asumido como un caso sospechoso de AH1N1, medida que explica el conteo de 1.300 casos sospechosos²²⁶ para este subtipo de virus, dentro de un total de 70 casos confirmados. La pandemia por influenza AH1N1 ha sido completamente desbordada, toda enfermedad relacionada con la influenza, cualquier tipo de gripa causada por cualquiera de los diversos virus que pueden provocarlas, han sido transformados inmediatamente en casos sospechosos para influenza humana. Cada uno de esos casos tendrá que ser descartado, seguramente por laboratorio, enviando muestras al extranjero, porque la “limitada” tecnificación de la salud pública en Colombia no permite que los análisis puedan ser realizados en el país. También, cada uno de ellos debe seguir un protocolo de pruebas y manejo estipulado por el Ministerio de la Protección Social²²⁷. Si la pandemia no hubiese llegado a la ciudad, seguramente estas gripas formarían parte de un cuadro con estadísticas que distinguen virus y casos; pero su presencia ha conllevado al surgimiento de centenares de casos sospechosos, categoría que tiene una estrecha relación con el riesgo en que se encuentra una población por cierto virus o enfermedad.

El 29 de abril de 2010 se celebra un año desde la llegada ‘oficial’ de la pandemia a la ciudad con el primer caso confirmado. Hasta la fecha, se habían contabilizado 6 muertes a causa del virus de la influenza humana, y en lo corrido de 2010 se confirmaron 9 de 473 casos sospechosos²²⁸. Para mediados de año, el 23 de junio, el número de casos confirmados u muertes por AH1N1 será el mismo²²⁹, y el regreso de la pandemia al escenario mediático tuvo que ver con la alerta por la segunda ola anunciada por la OMS, como fue descrito antes. Con la aparición de un brote de influenza humana en Brasil, se temía un regreso fuerte de la enfermedad para agosto²³⁰, pero en realidad, durante este año, los esfuerzos del dispositivo de salud pública estuvieron concentrados en el brutal brote de dengue que se presentó en Cali. Recordemos que estos dos años fueron virológicamente agitados para la ciudad, pues mientras en noviembre de 2009 el virus AH1N1 parecía ceder en sus efectos, un fuerte incremento de casos de dengue anunciaba una emergencia sanitaria declarada en el futuro cercano. La pandemia siguió afectando la ciudad, como hemos visto, hasta mediados de 2010 por lo menos, pero su presencia en los medios de comunicación decrecía, a medida que la OMS declaraba el estado post-pandémico de la enfermedad y al tiempo que la vacuna contra la enfermedad llegaba al país. Resuelta esta crisis mundial de salud pública, que en la ciudad cobró, de verdad, pocas vidas, la salud pública podía concentrarse en uno de sus problemas ‘autóctonos’, o mejor, endémicos: el dengue.

²²⁵ *Ibíd.*

²²⁶ *Ibíd.*

²²⁷ *Ibíd.*

²²⁸ Diario El País. *Por lluvias, aumentan casos de enfermedades respiratorias*. Cali, 29 de abril de 2010.

²²⁹ Diario El País. *Autoridades se preparan para segunda ola de AH1N1*. Cali, 23 de junio de 2010.

²³⁰ *Ibíd.*

Así es. Ya en junio, las vacunas contra la influenza AH1N1 no sólo estarán disponibles, sino que serán gratuitas²³¹. Con la existencia de esta posibilidad de cura y prevención, la batalla contra el virus se declara ganada. Antes, sin nada más que hacer que someterse al destino, la enfermedad era un feroz y mortal peligro, la humanidad estaba desarmada. Después no queda más que recordar las buenas prácticas de higiene, pero sobre todo, recordar que la vacuna está disponible y gratis para todos. Si bien la vacuna generó reticencias por parte de los sujetos, como suele suceder, para finales de 2010, las 98.856 dosis contra la AH1N1 habían sido aplicadas (aunque se perdieron 2.836), las cuales costaron en total \$1'279.373.746 al municipio²³² -cifra tan sólo un poco inferior a lo destinado a los programas educativos para el dengue a través de medios de comunicación-. Para el resto de las enfermedades asociadas a la influenza estacional, se invirtieron \$551.217.139, correspondientes a 75.890 dosis, de las cuales sobraron 2.880²³³ contadas el 31 de diciembre de 2010. No sólo es llamativo que se compraran más dosis para un único serotipo de virus, biológicamente no más mortal que las demás influencias estacionales, sino que el saldo al final de año de estas dosis fuera igual a cero. Mientras muchas más personas padecen de enfermedades más graves, como Sida y cáncer de cuello uterino, arriba a la ciudad esta cantidad de vacunas necesarias para combatir la primera pandemia del siglo XXI. ¿Cómo esperar que sobre siquiera una dosis? Hay que estar a salvo del mortal virus. A lo mejor, el temor a la segunda ola anunciada de esta pandemia fue la que propició estas inversiones y la que explica el saldo cero, aun cuando los “brotes de gripas” fueron los que verdaderamente azotaron la ciudad.

De todas formas, el uso total de las dosis de la vacuna que llegaron a la ciudad, fue considerado desde la Secretaría de Salud Pública Municipal como una buena respuesta por parte de los caleños ante la alerta por la pandemia de influenza²³⁴. La aplicación total de las dosis traídas a la ciudad se traduce en el éxito de la prevención y en las acciones correctas y apropiadas por parte de la ciudadanía. Manteniéndose amenazante, con la vacuna, la enfermedad se va de la ciudad. El saldo final es un número de contagiados ínfimo en un lapso de un año, con poquísimos muertos y un largo número de casos sospechosos. A pesar de ello, en nombre de esa pandemia que prometía azotar el mundo y de la necesaria prevención un conjunto de estrategias y políticas fueron puestas en marcha. Entre ellas, el cierre de instituciones educativas a pesar de no corroborarse casos del virus en los colegios, la llegada de un gran número de vacunas contra el virus que fueron aplicadas en su totalidad, y la elaboración de un plan de contingencia para la ciudad en caso que la enfermedad llegase a destrozarse la población. Ante un balance epidemiológico más bien poco relevante pero intervenciones reales en pos del combate de esta enfermedad, nos preguntamos: ¿llegó o no llegó la pandemia por AH1N1 a Cali?

²³¹ *Ibíd.*

²³² Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de gestión en salud pública*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

²³³ *Ibíd.*

²³⁴ Diario El País. *Alerta por infecciones respiratorias en niños*. Cali, 28 de junio de 2010.

La palabra ‘pandemia’, además, es la que verdaderamente produce los efectos apocalípticos de la enfermedad, como vimos, su tasa de letalidad no llega ni al 1%, pero la diseminación geográfica es suficiente para imputarle la palabra al fenómeno. A partir de cierto momento, el uso de esta palabra absorbió los hechos epidemiológicos que ocurrían en ciudades como Cali, y justificó medidas de cualquier tipo que fueran tomadas en pos de la prevención de la propagación de la pandemia. Cuando ésta se hizo inminente, no quedó más que elaborar controles y programas de erradicación, y acelerar la creación de la vacuna contra el virus; se asumió que la influenza humana afectaría al planeta entero y también se asumió que los países tropicales la padecerían peor, y al final, el desarrollo de la situación nos deja en la misma inquietud que el dengue: ¿el cese de la pandemia se debió a las juiciosas y diligentes políticas de salud pública de la ciudad o fue el curso natural del virus que descendía ya de su pico de contagio? No podemos por lo menos decir que fueron ambos factores los que influyeron pero, como en muchas otras ocasiones, serán recordadas las eficientes medidas de prevención que se tomaron en contra de la enfermedad. ‘Pandemia’ y su oscuro significado fluctuante entre expansión geográfica y mortalidad, junto con su aparición reiterada en los medios de comunicación, fue lo que verdaderamente hizo de la influenza AH1N1 la primera pandemia del siglo XXI, comparada como ninguna otra con aquel mortífero episodio de 1918, hasta llegar al punto de presumir que se trataba del mismo subtipo de virus, como si cíclicamente el ser humano estuviera destinado a sufrir estos ataques biológicos; necesario es prevenir.

Estrategias de combate contra la influenza

Diversas son las estrategias que componen el repertorio de estrategias de lucha contra esta enfermedad, pues ya hemos visto que la influenza es un mal bastante antiguo y que las pandemias han sido documentadas desde comienzos del siglo XX. Aquí haremos énfasis en el episodio que nos ocupa y sólo reseñaremos las medidas más relevantes pues no sólo son demasiadas, sino que debemos tener en cuenta que la batalla contra la influenza se juega sobre todo en la dimensión del auto-cuidado y la higiene. Con la llegada del virus, o su anunciada llegada, la bioseguridad será la piedra angular del manejo de los casos sospechosos de influenza AH1N1. El Ministerio de la Protección Social estableció que las zonas de atención a los pacientes sospechosos de tener esta enfermedad fuesen aislados, en lugares muy bien ventilados (?) y con poco tránsito; mientras el paciente siguiera siendo sospechoso debería permanecer totalmente aislado²³⁵. Esto no es para nada extraño debido a la biología de la enfermedad, el virus es transmisible con el aire y todo ser humano cercano se encuentra en riesgo aun siendo el caso meramente sospechoso. Lo que postulaba la OPS era un aislamiento total de cada uno de los pacientes en un cuarto individual, que además debía contar con una pequeña antesala, espacio dedicado para practicar la higiene de manos fundamental para el manejo de estos casos²³⁶. Resultando esto tan costoso, las autoridades de salud pública debían esmerarse porque los pacientes hospitalizados fuesen muy pocos o la enfermedad no sólo podría resultar muy costosa, sino que podría provocar el colapso del sistema hospitalario.

²³⁵ Ministerio de la Protección Social. *Preservación de los servicios básicos*. Bogotá, 2010. p. 6.

²³⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C.: OPS, 2009. p. 38.

En el caso de presentarse una epidemia por influenza, la OPS sugería como medidas de control la suspensión de eventos públicos, el uso masivo y permanente de mascarillas y la vigilancia cercana a los expuestos al virus²³⁷. Pero las medidas de control pensadas por esta organización eran mucho más meticulosas y específicas, al mencionar algunas de ellas, veremos que muchas de las acciones emprendidas en México, en Colombia y en Cali, tienen que ver con la aplicación de estas recetas buscando proteger la salud pública de sus territorios. La repatriación, por ejemplo, era uno de los recursos para cuidar el personal en salud, evacuando del país al personal internacional; también era necesario contar con depósitos amplios de mascarillas para todos los funcionarios de salud que permanecieran en las instituciones²³⁸. Se necesitaba además una cooperación con los medios de comunicación para que diseminaran la información relacionada sobre la pandemia y para que contribuyeran al manejo de los bulos²³⁹. Para la comunidad se requería garantizar una serie de elementos, como la disponibilidad y distribución de jabón para cada uno de los habitantes, así como también los equipos de protección social (o sea, mascarillas); se regulaba también el manejo apropiado de los cadáveres en cuanto a su manejo y a los lugares de entierro, así como también se buscaba que se vigilara la comunidad y se mantuviera la alerta a través de líderes locales, intentando siempre minimizar y evitar las congregaciones humanas lo máximo posible²⁴⁰.

Estrategias de comunicación sofisticadas y efectivas eran necesarias para prescindir de reuniones de gentes, igualmente, todos los lugares por donde circulara un paciente sospechoso debían ser desinfectados, pues las partículas suspendidas en el aire pueden contagiar al personal de salud u a otra persona que circule por esos espacios. En realidad, lo que más se temía con esta enfermedad era que el personal de salud se contagiara de la gripe mientras intentaba salvar las vidas de los otros, de allí que gran parte de los manuales sobre manejo de casos en situaciones de epidemia y de pandemia, tuviera que ver con la protección adecuada de los funcionarios de la salud. Esto convirtió al personal de salud en un grupo prioritario y muy vulnerable, pues además, eran los individuos que permitían mantener en funcionamiento las estructuras de salud. Si estas personas caían en las garras microscópicas del virus, el sistema hospitalario no podría funcionar. Y es que con el dengue la enfermera podía estar encerrada con diez pacientes sin problemas mientras no hubiese un mosquito de patas blancas por allí; con la influenza AH1N1 el contacto personal era suficiente para estar en alto riesgo, de ahí que por prevención se elaboraran protocolos muy estrictos para el manejo de los pacientes, así fueran tan sólo casos sospechosos de influenza A. Este cuidado extremo alrededor del contagio es lo que se denomina la bioseguridad, adquiriendo en la pandemia un estatus de relevancia primaria como con ninguna enfermedad.

²³⁷ *Ibid.*, p. 12-13.

²³⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Lista de chequeo para planear preparación pandemia influenza para agencias humanitarias en situaciones de desplazamiento y refugiados*. Washington D.C.: OPS, 2008. p. 2.

²³⁹ *Ibid.*, p. 3.

²⁴⁰ *Ibid.*

Además de la bioseguridad, la vigilancia epidemiológica, ciertamente, es un segundo pilar en la prevención y control de la pandemia por influenza. Específicamente para estos virus se desarrollaron las estrategias de vigilancia por centinelas. Estos centros centinelas serán elegidos por instituciones municipales o departamentales en salud y serán las piezas clave en el control de la epidemia, pues serán los encargados de aplicar protocolos, hacer levantamiento de muestras y datos epidemiológicos y de mantener informada a la comunidad sobre el comportamiento del virus y las acciones pertinentes que habrá que tomar²⁴¹. Estos centros de vigilancia son un punto de apoyo fundamental en el sistema de salud pública descentralizado que requiere presencia total en todo el territorio, y lo hace a través de la delegación de responsabilidades especiales a este tipo de instituciones, cuya función principal, es transferir la información pertinente a las instituciones centrales de salud para mantener actualizada el sistema de vigilancia epidemiológica. En los países tropicales estos centros son cruciales porque, según la OPS, en estas regiones los sistemas de vigilancia de virus son más bien deficientes y no se integran con la vigilancia de la salud animal, lo cual hace complicado detectar cepas inusuales a tiempo y caracterizar a tiempo una epidemia emergente²⁴². A este sistema de vigilancia centinela, se articula un sistema nacional de vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria, en el cual los países deben notificar todo caso de influenza a la OMS, en un plazo inferior a las 24 horas, si el país no cuenta con un buen sistema nacional de notificación, debe mejorarlo²⁴³, es todo lo que expone la organización.

Ambos sistemas son originados en el 2006 cuando se detecta un aumento de la incidencia de la influenza, como lo mostramos hace unas páginas, haciéndose necesaria esta vigilancia más específica y permanente. Sin embargo, desde 1947, la OPS viene trabajando con la Red Mundial de Vigilancia de la Influenza (FluNet), parte de la OMS, que hoy día comprende 116 centros contra la influenza, laboratorios en 847 países y 4 centros colaboradores para la investigación de este tipo de virus²⁴⁴. Es debido a esta red que Colombia debe enviar las muestras tomadas de los casos sospechosos a Atlanta, Estados Unidos, donde se encuentra el centro colaborador de la OMS para esta región. Ya hemos visto que en la ciudad y en el país debían esperarse la confirmación o el descarte de cada uno de los casos sospechosos. Ningún centro de la ciudad podía dictaminar que un caso fuese confirmado hasta no obtener una respuesta del centro especializado en Atlanta. Así, el margen de incertidumbre se mantenía, y mientras un paciente fuera calificado como sospechoso, se mantenía en observación (aunque fuera con cuidados ambulatorios).

En Colombia, se pretenderá aplicar estos lineamientos sin importar las condiciones deficientes que presentaran las instituciones de salud pública, pues había que responder de cualquier manera a las directrices de la OPS y la OMS. Fue a raíz de la epidemia por influenza AH3N2 que en el país se comenzaron a reforzar las actividades de vigilancia contra

²⁴¹ Instituto Nacional de Salud. *Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda*. Bogotá: INS, 2011. p. 17.

²⁴² Organización Panamericana de la Salud; Centers for Disease Control and Prevention. *Protocolo genérico para la vigilancia de la influenza*. Washington D.C.: OPS, 2006. p. 7.

²⁴³ *Ibid.*, p. 10.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 6.

la influenza estableciendo los centros de vigilancia centinela, y tomando al Instituto Nacional de Salud como laboratorio de referencia²⁴⁵, a usanza de las disposiciones de la OMS. Estas instituciones, integradas con los centros municipales y locales, permitirían llevar a cabo una vigilancia epidemiológica más juiciosa de los virus de la influenza en el territorio nacional, preparándose para cualquier aumento en la incidencia de este tipo de enfermedades. Apoyados en los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), estos centros trabajarían anualmente para detectar las cepas circulantes en el país y elaborar las vacunas necesarias contra estos agentes²⁴⁶, con la influenza AH1N1 algo distinto sucedió y la cura no estuvo a tiempo para la pandemia, recordemos que el escudo biológico sólo llegó unos meses después. Años atrás, las jornadas de vacunación eran inclusive programadas, para mayo o junio en el caso de Colombia, y el virus parecía estar bajo control, pero con la “inesperada” aparición de la cepa de la influenza humana AH1N1 y el retraso de las farmacéuticas para producir la vacuna, el orden acostumbrado del comportamiento de esta enfermedad se salió de control, generando la situación de calamidad pública que ya relatamos.

En la quincuagésima-octava Asamblea Mundial de la OMS, en mayo de 2005, la organización les sugiere a los países miembros una serie de medidas en cuanto a la influenza, la cual estaba presentando cierto aumento en su incidencia en los años anteriores y para la prevención de una posible pandemia. Entre esas estrategias estaban: el desarrollo de planes de contingencia para mitigar el impacto sanitario y económico; fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; reforzar la comunicación rápida y transparente de los brotes de influenza, especialmente si son nuevas cepas; explicar a la comunidad los riesgos potenciales de una pandemia por influenza²⁴⁷. Estas directrices estaban pensadas más que todo para la influenza aviar que por ese entonces comenzaba a ser una verdadera amenaza para la salud pública mundial. La OPS también estableció una serie de lineamientos para responder a pandemias de influenza en Las Américas, en este caso, a las anteriores medidas se añade el fortalecimiento de la capacidad de la producción de vacunas y la preparación de los servicios de salud en situaciones de emergencia²⁴⁸. Entonces, son básicamente tres las formas de combatir la influenza: 1) la educación de la población y del personal de salud sobre la higiene y el auto-cuidado; 2) la inmunización contra el virus; 3) el uso de medicamentos (amantadina y rimantadina), que no garantizan una cura total, pueden ser riesgosos de acuerdo al grupo etéreo y además acarrear ciertos efectos secundarios²⁴⁹. Así las cosas, es en realidad la segunda forma –la vacunación– el arma principal de ataque contra el mal, pues la primera sólo garantiza la prevención contra el contagio y la tercera no es del todo segura. Tal vez por esto, cuando llega la pandemia por AH1N1 la incapacidad de inmunizar produce tanta esquizofrenia. En últimas, pareciera que el ser humano está expuesto a esta enfermedad altamente contagiosa sin poder hacer nada, más que evitar contagiarse, pero aquel que ha adquirido el mal está sentenciado. La inexistencia del inmunológico para el subtipo que nos

²⁴⁵ Instituto Nacional de Salud. *Vigilancia en salud pública de influenza y otros virus respiratorios*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 2, No. 19. Bogotá, 1997. p. 279.

²⁴⁶ Instituto Nacional de Salud. *Influenza: vigilancia centinela del virus*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá, 1999. p. 193.

²⁴⁷ Álvarez, Alba María; Andrus, Jon. Op. cit. p. 193.

²⁴⁸ *Ibid.*, p. 194.

²⁴⁹ Benenson, Abram. Op. cit. p. 307-308.

competite en este momento es un hecho bastante extraño, pues por lo menos desde 1977 en Colombia se había detectado la circulación de esta cepa²⁵⁰, con algunos casos confirmados, pero claramente no produjo una preocupación de semejantes dimensiones porque no había ninguna alerta declarada.

Los párrafos anteriores nos muestran un conjunto de medidas ‘planetarias’ para responder a esta enfermedad, pero como hemos visto, influenza no es un único mal, es un tipo de virus capaz de mutar genéticamente en el tiempo y potencialmente causante de pandemias por su alta transmisibilidad, aunque evidentemente poco deletéreo, sólo que como toda enfermedad tiene complicaciones. Los magnánimos avances técnicos en la microbiología han conseguido la producción de vacunas en contra de cada cepa de influenza estacional que aparece anualmente en el mundo, por ello, las autoridades sanitarias reposaban relativamente tranquilas ante estos brotes, pues el biológico ayudaría a combatir y erradicar cualquier brote mínimo detectado por los sistemas centinelas de vigilancia de la influenza. Durante la gripe porcina, posteriormente influenza humana, los sistemas de notificación mexicanos tuvieron retrasos mientras el virus se difundía a diestra y siniestra. El desfase implicó que la enfermedad adquiriera cierta ventaja y se dispersara más rápido de lo que se pudo identificar para crear la vacuna que la combatiría. En estas condiciones, como hemos ya dicho varias veces, las autoridades sanitarias quedaron desarmadas y tuvieron que ensañarse con la educación de personas y personal médico para manejar adecuadamente los casos y evitar la propagación del virus. Estrategia que claramente resultó infructífera porque los flujos internacionales de personas contribuyeron a la extensión geográfica del virus, que claramente logró tener presencia en todos los continentes. En menos tiempo de lo esperado, la influenza humana se apuntaba casos confirmados mientras la vacuna no estaba lista. Aun con la minucia de la vigilancia epidemiológica y el aumento anunciado de la incidencia del virus, las condiciones de la pandemia tuvieron que ver con un escenario en el que la salud pública no estaba del todo preparada para recibirla y combatirla, muy a pesar de la enaltecida prevención.

Por ello, cuando la influenza humana llegó los principales controles tuvieron que ver con el aislamiento social, en sus distintas formas: cierre de fronteras, aumento en la vigilancia de puertos y aeropuertos, cancelación de vuelos²⁵¹. Medidas con las cuales no todos estaban de acuerdo, pues el secretario general de la ONU pidió que se eliminaran las restricciones comerciales y de viajes internacionales por no poseer ningún fundamento científico²⁵². Las enfermedades contagiosas entre seres humanos obliga a reducir en lo posible el contacto con el otro infectado y este tipo de medidas es la primera manifestación de ello. Desde el 27 de abril, cuando apenas se estudiaban los primeros casos sospechosos en el país, el gobierno colombiano decretó el aumento de vigilancia en El Dorado y en todas las ciudades con puerto del país²⁵³. Jorge Márquez ya expuso que las ciudades con salida del país eran las que

²⁵⁰ Instituto Nacional de Salud. *Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios en Colombia, enero del 2000 a 21 de julio del 2001*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 6, No. 17. Bogotá, 2001. p. 254.

²⁵¹ Diario El País. *Estudian doce casos sospechosos en Colombia*. Cali, 27 de abril de 2009.

²⁵² Diario El País. *Revelan cuatro casos probables de AH1N1*. Cali, 6 de mayo de 2009.

²⁵³ Diario El País. *Estudian doce casos sospechosos en Colombia*. Cali, 27 de abril de 2009.

primero entraban en vigilancia por epidemias²⁵⁴, como si no hubiese posibilidad de que éstas fuesen endémicas, daba por sentado que el mal era exterior, y en esta ocasión, a diferencia del dengue, la epidemiología mostró que así fue: El mal llegó de afuera, del infecto México. Con la declaración del desastre nacional del 28 de abril, la Comisión Nacional Asesora Antipandemia autorizó la puesta en marcha de los planes de contingencia contra esta enfermedad, a nivel nacional y local; mientras tanto, \$15.000 millones serían destinados a las regiones que más necesitaran para responder a la pandemia y para implementar los tapabocas, al mismo tiempo, la Cruz Roja colombiana se encontraba capacitando 32.000 voluntarios en todo el país para apoyar las labores de prevención durante la contingencia por esta pandemia²⁵⁵. Bastó esta declaratoria para que los presupuestos comenzaran a transferirse, como si nunca antes las instituciones de salud hubiesen necesitado esos dineros para sostenerse.

Instituciones como el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar comenzarán una serie de teleconferencias educativas para que las personas aprendan cómo lidiar con esta enfermedad y cómo prevenir el contagio²⁵⁶. Cuando se confirmó el primer caso de influenza AH1N1 en Zipaquirá, se decretó la alerta amarilla y se repartieron 20.000 tapabocas en el municipio como medida preventiva mientras se anunciaba la llegada de antigripales para mermar los efectos de la enfermedad²⁵⁷, pues la vacuna todavía era inexistente. La mascarilla era la única forma de cuidarse hasta ahora y durante varios meses más. Uno de los contagiados en Yopal decidió dejar su casa una mañana para hacer deporte, hecho que causó conmoción en esta capital y que fue suficiente para el gobernador del Casanare ordenara que se pusieran policías para custodiar que los enfermos por influenza humana no salieran de sus casas y que así no pudieran contagiar a otras personas para que no se propagara el virus²⁵⁸. A los demás contagiados, menos osados que este en particular, se les prescribió aislamiento voluntario (o sea, permanecer encerrados en sus casas), protección personal (esto es, uso del tapabocas) y medidas de bioseguridad (practicar la higiene de manos y de la tos)²⁵⁹. De estas últimas medidas nos dedicaremos en la parte final porque es el mecanismo más difundido en la lucha contra el virus cuando no se cuenta con la inmunización. Sólo los pacientes que presenten cuadro clínico grave serían hospitalizados y manejados con los protocolos de bioseguridad de los que hablamos al inicio de esta sección, los demás, y era realmente lo ideal serían cuidados en sus propias casas, así, el sistema de salud no se saturaría y podría funcionar de manera más eficaz. Efectos de la descentralización.

En otros países como España se concibió el cierre de colegios y el aplazamiento de cursos escolares, y en Francia se advirtió que con tres casos sospechosos de gripe A en un curso se cerraría el colegio por 6 días y se llevaría a cabo una limpieza y desinfección profundas, es

²⁵⁴ Cf. p. Márquez, Jorge. Op. cit. p. 14-15.

²⁵⁵ Diario El País. *Colombia, en situación de desastre por gripe porcina*. Cali, 28 de abril de 2009.

²⁵⁶ Diario El País. *Gripe A sigue esparciéndose por todo el planeta*. Cali, 2 de mayo de 2009.

²⁵⁷ Diario El País. *Refuerzan controles por primer caso de gripe A*. Cali, 4 de mayo de 2009.

²⁵⁸ Diario El País. *Siguen medidas para combatir la gripe A*. Cali, 15 de mayo de 2009.

²⁵⁹ Diario El País. *Confirman nuevo caso de gripe AH1N1 en Bogotá*. Cali, 26 de mayo de 2009.

más, en este país, se pensó en dictar cursos temporalmente por radio y televisión²⁶⁰ para evitar la congregación de niños en las escuelas. Por estas mismas fechas, mediados de agosto, la OPS comenzaba a sugerir a los países que pensarán en las negociaciones con las farmacéuticas para comprar, en bloques, las vacunas contra la AH1N1 que por fin estarían listas para noviembre, con suerte²⁶¹. Sólo hasta octubre, se pone en funcionamiento una línea de atención nacional para el virus de la influenza AH1N1 en Colombia, para la cual fueron capacitados médicos, enfermeros y bacteriólogos²⁶². Y al mes siguiente, se pondrá en marcha en siete capitales del país, a través del Ministerio de la Protección Social, la campaña ‘Poder sobre el AH1N1’, dedicada a la educación de las personas en las calles para fomentar la prevención del contagio y la propagación del virus, recordando las buenas prácticas de autocuidado y protección, como el uso de la mascarilla en las caras²⁶³. Este tipo de acciones serían la única manera de combatir un virus para el cual no hay cura por vacuna y que se propaga tan rápidamente como el aire que sale de la boca al hablar. Hasta que no lleguen al país las dosis compradas, a través de la OPS, para aplicar a las gentes, el dispositivo de la salud pública tendrá que defenderse con estos planes que, en últimas, no son más que técnicas que promueven la higiene personal, la auto-protección y el aislamiento social.

La vacuna llegó y el inconmensurable terror cedió. El Ministerio de la Protección Social invirtió \$30.000 millones en dosis de vacunas, por fin, contra la influenza AH1N1, costando cada una US\$7²⁶⁴. Sin embargo, la coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones aseguraba que la vacuna sólo ayudaría a que la gente no se muriera, y que el pilar del combate a la pandemia son las medidas no farmacológicas²⁶⁵ (las higiénicas y sanitarias que hemos mencionado varias veces). Bastante curioso puesto que unos meses atrás se temía precisamente que no existiera vacuna para mitigar el impacto de la enfermedad y que toda la responsabilidad cayera en la educación de los sujetos, no siempre dispuestos, no siempre con tiempo, no siempre obedientes. No sobra señalar que a medida que pasaban los días y los meses, se anunciaba un fortalecimiento y refinamiento constante del sistema de vigilancia epidemiológica del país para seguir namométricamente el comportamiento del virus de la influenza humana, y tomar las medidas que fuesen necesarias en casos de repuntes. La llegada de las vacunas coincide de alguna manera con el declive del AH1N1 y con la declaratoria del estado post-pandémico. La inmunización permite un control más efectivo y directo sobre la enfermedad.

En Colombia, la situación jamás fue tan grave como para llegar al aislamiento fronterizo o al cierre de instituciones educativas. En el país no existieron los “días aciagos” que sí hubo en México –otra cosa fue lo que ocurrió en Cali–, mas sí se hizo todo cuanto se pudo para educar a las personas y estimular las pautas higiénicas y sanitarias. Fueron ésta, más la ya bien conocida vigilancia epidemiológica, las dos estrategias fundamentales de respuesta en contra de la pandemia, la primera, asociada a la prevención en sí del mal, y la segunda dedicada al

²⁶⁰ Diario El País. *España se protege de la gripe A, ad portas del invierno*. Cali, 18 de agosto de 2009.

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² Diario El País. *Muertes por AH1H1 en el país ascienden a 101*. Cali, 7 de octubre de 2009.

²⁶³ Diario El País. *Campaña para prevenir la gripe AH1N1*. Cali, 29 de diciembre de 2009.

²⁶⁴ Diario El País. *Vacunas contra la gripe A no tendrán ningún costo*. Cali, 7 de enero de 2010.

²⁶⁵ *Ibid.*

estudio del comportamiento viral en el tiempo y el espacio. En la pugna contra esta enfermedad faltaba algo que existió desde el comienzo en la lucha contra el dengue: la trinchera biológica. Pareciera ser que este componente es el que garantiza la victoria, pues la participación comunitaria, aunque idealizada, se muestra siempre insuficiente para combatir los males, sea porque es insuficiente o ineficiente, o porque ante un agente biológico amenazante se necesita un dispositivo biológico de contra-ataque. Quienes lucharon contra el dengue contaron con los insecticidas y otras formas de control del vector, pero para ganarle la batalla a la influenza se requería de una vacuna que detuviera de frente el microorganismo. Sólo hasta este momento, el dispositivo de la salud pública logró combinar los dos frentes de combate: el biológico y el comunitario. Es claro que estos dos componentes se muestran siempre como complementario y al final la victoria la obtiene la prevención.

La batalla contra el AH1N1 en Cali

La escueta reconstrucción histórica de la pandemia que hemos hecho en Cali nos ha revelado algunas pistas de cómo respondió la ciudad ante una enfermedad que llegó con dudas a esta ciudad. Con el permiso de la Comisión Nacional Asesora Antipandemia, se pone en marcha el plan de contingencia que se había elaborado en Cali para responder a este fenómeno, aunque este procedimiento fue construido sobre la hipótesis de la existencia de casos sospechosos, que era lo que la vigilancia epidemiológica mostraba para ese momento en la capital del Valle. En el auditorio del Centro Cultural de Cali se reunirían 650 personas para recibir una capacitación masiva sobre la influenza humana, haciéndose énfasis en las medidas de bioseguridad, especialmente para el personal de salud²⁶⁶. Sería ésta la primera conferencia, entre varias, convocada por la administración municipal para luchar contra la enfermedad que comenzaba a amenazar la ciudad. Después de tres revisiones, el 8 de mayo de 2009 aparece la versión final del plan de contingencia frente a la pandemia de influenza AH1N1 en Cali. También posee, al igual que el del dengue, cinco ejes de acción frente a la enfermedad, aunque son claramente diferentes, en los cuales enfatizaremos un poco. El documento contiene además una reseña breve sobre la enfermedad en el mundo, en el país y en la ciudad hasta esa fecha, una descripción del virus, una lista de las actividades concretas que serían realizadas en la ciudad, y un gran número de páginas de anexos que son, en realidad, cartas enviadas a cada una de las instituciones de salud para que sean aplicados los protocolos de bioseguridad y las medidas de prevención contra la enfermedad aclaradas en el plan de contingencia. Una aproximación a los componentes de acción contra la pandemia en Cali nos permitirá ver que estos están plenamente articulados a las directrices instituidas por la OMS años atrás en caso de un episodio pandémico de influenza.

El plan está orientado por cuatro propósitos sanitarios y tres estrategias centrales de acción. Los primeros tienen que ver con la reducción del riesgo de transmisión, la notificación rápida de los casos, la contención del virus en focos limitados y evitar o retardar lo máximo posible la propagación del virus²⁶⁷. Las segundas tienen que ver con las

²⁶⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Boletín de prensa No. 4212.04.161. Administración municipal lidera prevención contra la influenza*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 1.

²⁶⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia frente a la pandemia de influenza AH1N1 en el municipio de Cali*. (Versión final). Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 12.

capacidades para fortalecer la infraestructura física, la respuesta ante la pandemia y la superación del impacto del episodio²⁶⁸. De acuerdo con esas estrategias y esos propósitos se establecen los cinco componentes del plan. La coordinación local y las comunicaciones comprenden el primero de ellos, de gran importancia es porque se ve como la pauta que permite conectar a la comunidad con los demás sectores y así reducir el impacto de la pandemia, y se llevaría a cabo en tres espacios: los medios masivos de comunicación, la comunicación técnica y científica y la comunicación mediante participación ciudadana o movilización social²⁶⁹. Entre las acciones específicas para materializar este componente están: ruedas de prensa, boletines de prensa, material POP (volantes, afiches, plegables), capacitaciones, información en páginas web, comunicación por medio electrónico, teleconferencias sobre la pandemia y línea exclusiva para telecomunicaciones²⁷⁰. Respondiendo a los lineamientos de la OMS, la comunicación deberá caracterizarse por su transparencia, anuncios tempranos y la planificación, es decir, el anuncio apropiado de los riesgos y las medidas a tener en cuenta²⁷¹.

Después de las comunicaciones, está la vigilancia epidemiológica, con sus labores ya tradicionales de vigilancia pasiva de las enfermedades, más la vigilancia centinela reglamentada también por la OMS para los virus de la influenza humana, debido a su comportamiento e incidencia creciente en los últimos años, y más ahora con la alerta creciente por la pandemia. La intensificación de los controles para detectar los casos sospechosos obligaba a priorizar ciertos puntos de la ciudad sobre otros, es decir, los sitios de mayor aglomeración urbana donde podrían producirse contagios a gran escala. Terminales terrestres, hoteles, centros comerciales, centros recreativos, cárceles, inspecciones de policía, hogares de bienestar familiar, hogares geriátricos, sistema de transporte masivo, sitios de culto religioso y eventos de concentraciones grandes de personas²⁷², son los presuntos focos de infección del virus de la influenza AH1N1. La estrecha relación del dengue con los cambios climáticos y la presencia de aguas permitía construir regiones o sectores de la ciudad mucho más diferenciados y, de hecho, las políticas de intervención contra el dengue se precipitaban sobre dichos focos de infección, en los cuales la enfermedad ciertamente tenía una mayor incidencia; la influenza, mucho más propensa a la propagación y contagiosa por contacto humano, no generó nunca zonas concretas de la ciudad vistas como más proclives a padecer el mal. Este virus más bien se ensañó con las masas humanas, convirtiéndolas en altamente riesgosas. No podemos decir que con la influenza AH1N1 se generó una ‘geografía de la enfermedad’, no sólo porque los casos no alcanzaron un número relevante, sino porque el virus parecía atacar a toda la ciudad como a una unidad a través de los puntos de reunión social que podía ser cualquiera dentro del área urbana.

Ante la ausencia de inmunización, las autoridades de la salud pública se encargarían de difundir las circulares de alerta, de recordar las medidas de prevención al público, de reiterar

²⁶⁸ *Ibíd.*

²⁶⁹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia frente a la pandemia de influenza AH1N1 en el municipio de Cali.* (Versión final). Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 14.

²⁷⁰ *Ibíd.*, p. 15.

²⁷¹ *Ibíd.*, p. 16.

²⁷² *Ibíd.*, p. 17-18.

las prácticas de auto-cuidado e higiene y de realizar control sanitario en los baños²⁷³. Era todo lo que podía hacerse para combatir la llegada de la enfermedad a la ciudad: prevenir a los ciudadanos, además, de esas acciones concretas, tres tienen que ver con la bioseguridad. Los baños públicos se piensan como un espacio con alto riesgo de contraer la enfermedad debido al flujo de secreciones que allí ocurre; no es un repudio a la defecación, sino un temor a la saliva y al fomite transmisor del virus dejado allí por personas infectadas, peor aún que sean públicos, puesto que se presupone una mayor circulación de personas en ellos. La coincidencia de los flujos de aires con partículas virales y de seres humanos constituye la peligrosidad del baño y la necesidad de aplicar purificaciones a estos espacios.

La atención y la reducción de la morbilidad y la mortalidad, tercer componente del plan, incluye acciones como la capacitación del personal de atención médica y la difusión de los protocolos de manejo de casos sospechosos por influenza; dentro de las estrategias aquí desarrolladas está la inspección y el control de las EPS e IPS, para comprobar que se está haciendo el seguimiento y tratamiento adecuado de los casos sospechosos, así como para verificar si se están aplicando los protocolos estipulados para el manejo de pacientes²⁷⁴. Estas dos líneas de acción no son características de la pandemia por influenza, pues vimos que el plan de contingencia contra la urgencia manifiesta por dengue también las consideraba. No es así con una tercera línea de acción que tiene que ver con la salud mental. La crisis de angustia y pánico que generaría el arribo de la pandemia a la ciudad, hizo que se considerara necesario articular un componente de salud mental a las instituciones de salud pública para manejar estas situaciones en la comunidad²⁷⁵. A través de psicólogos que atendieran una línea amiga y de orientaciones al personal de salud para manejar los episodios de angustia o pánico colectivo²⁷⁶.

El cuarto componente, prevención y control de la enfermedad en la comunidad, no es más que una nueva insistencia en el gran valor que adquieren los hábitos correctos de higiene y protección durante la pandemia, se reitera que es la única manera –y la más efectiva– de combatir este episodio de salud público, y se convoca a todos los ciudadanos a tener en cuenta estas medidas y a aplicarlas de manera diligente, sistemática y generalizada²⁷⁷. Las buenas prácticas de higiene serían difundidas a través de los medios de comunicación, con ruedas de prensa y material masivo, como se propuso en el componente uno; adicionalmente, las autoridades sanitarias podrían tomar acciones preventivas, de control y seguridad como, por ejemplo, aislamiento de personas o animales enfermos, cuarentenas, desalojos de viviendas o establecimientos, clausura de locales públicos, suspensión de trabajos y servicios, y destrucción de artículos²⁷⁸. Por último, el componente de preservación de los servicios básicos, tiene que ver con garantizar la salud de los funcionarios encargados de los servicios sociales y de los servicios públicos, indispensables para que el sistema de salud

²⁷³ *Ibid.*, p. 18.

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 19.

²⁷⁵ *Ibid.*

²⁷⁶ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia frente a la pandemia de influenza AH1N1 en el municipio de Cali*. (Versión final). Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 20.

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 21.

²⁷⁸ *Ibid.*, p. 22-23.

pública siga funcionando y pueda responder adecuadamente a la pandemia que se avecina²⁷⁹. En realidad, estos dos últimos componentes poca materialización tuvieron, pues el virus AH1N1 no azotó a la ciudad como se esperaba, aunque siempre se supo que el virus pudiese no llegar jamás a la ciudad, o ni siquiera al país. Por estas mismas razones, el tercer componente no tuvo tampoco una expresión concreta en la ciudad. En cambio, las respuestas de la ciudad ante la enfermedad enfatizaron en los dos primeros puntos del plan: la comunicación y las medidas de prevención y bioseguridad que, en últimas, era más de lo que se podía hacer en contra de una pandemia que todavía no arribaba a la ciudad y que cuando lo hizo no alcanzó las magnitudes esperadas.

Pero desde el que se “descubrió” la pandemia a finales de abril y durante todo el mes de mayo, la Secretaría de Salud Pública Municipal desarrolló actividades concretas de comunicación y capacitación sobre la influenza AH1N1 en diversos lugares y para diversos sectores de la ciudad. Guardas cívicos, estudiantes, docentes, administradores de centros comerciales, gerentes de las IPS y EPS, líderes comunitarios y grupos de diversas organizaciones e instituciones fueron el blanco de las conferencias, de las reparticiones de circulares, y talleres educativos realizados por los funcionarios de la salud²⁸⁰ para prevenir a los caleños sobre la enfermedad que estaba amenazando al mundo. Durante estas actividades, la bioseguridad como medida preventiva sería propagada para lograr preparar a las personas antes que el virus llegara a la ciudad, y que éstas pudieran actuar de la forma apropiada y correcta en respuesta a la incidencia de la influenza. Tenemos, en resumidas cuentas, tres grandes estrategias de lucha en la ciudad en contra de la pandemia: 1) el incremento de la vigilancia epidemiológica del virus para tener reportes constantes del comportamiento de la enfermedad; 2) labores de comunicación para mantener informada a la comunidad y a los diferentes sectores sobre lo que ocurre con la estrategia 1; 3) énfasis en la difusión de las medidas de bioseguridad para que cada individuo tenga claridad sobre la manera de prevenir la difusión del virus y evitar el contagio –que es la única manera de combatir la enfermedad, a parte de los antigripales que no garantizan una cura total-. Mientras no haya vacuna contra el virus, el dispositivo de la salud pública se restringirá al uso de estas armas, una vez llegue la cura, el curso de la pandemia será otro y la inmunización estará por encima de la bioseguridad, como forma de lucha. Vimos que por las fechas en las que la vacuna llega a Cali, el AH1N1 es declarado en estado post-pandémico, ya ambos factores –suponemos– contribuyeron a un amplio descenso de la presencia mediática de la enfermedad y, con ello, el pánico que se le adjudica. Por estas razones, y aunque no hubo ningún episodio de angustia importante en la ciudad, como suicidios, nos centraremos en las acciones concretas de respuesta durante los momentos de mayor temor en la ciudad por la llegada de la enfermedad, ante todo, cuando comienzan a confirmarse casos y muertes en el país a causa de ese nuevo virus.

Desde el mismo día en que se declara el desastre nacional, la ciudad toma medidas concretas. Como vimos, los aeropuertos serían los primeros objetivos de estas acciones, entonces, en el Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón, aparte de las capacitaciones al personal, se les

²⁷⁹ Ibid., p. 23.

²⁸⁰ Ibid., p. 24-35.

repartieron mascarillas y se les advirtió a los maleteros no darle la mano a ningún pasajero y se obligaría a los que llegaran de vuelos internacionales a llenar formularios para comenzar a identificar casos sospechosos en la ciudad²⁸¹. El miedo al contacto social había comenzado a esparcirse mucho antes que el virus mismo. Fuera de esto, la Secretaría de Salud Pública Municipal pediría acceso a los listados de pasajeros de las aerolíneas para examinar quiénes habían procedido de México en los últimos días²⁸². Todas estas acciones estuvieron ciertamente atadas a las disposiciones del gobierno nacional que enfatizaron, en un primer momento, en la vigilancia de los puertos y aeropuertos por ser lugares de alta afluencia de gentes del exterior. La declaratoria del desastre nacional fue la primera alerta que motivó a realizar las primeras acciones de prevención en la ciudad, la segunda alerta tendría que ver con la identificación de los primeros casos sospechosos en Cali; a pesar de que las laboras educativas y de capacitación fueron permanentes y continuas. Los 22.000 pasajeros, en promedio, que arriban a la ciudad por vuelos internacionales por mes²⁸³ se convirtieron en agentes potencialmente peligrosos para la ciudad. Cualquier pasajero sospechoso de ser un contagiado, sería examinado por Sanidad Aeroportuaria para evaluarlo²⁸⁴.

No ocurría lo mismo en todos los puestos y centros de salud de la ciudad. Reporteros de El País, en un recorrido por la ciudad, mostraban casos en los cuales algunas personas no eran atendidas, sin cita previa, presentando los síntomas de la influenza²⁸⁵ –o sea, cualquier gripe o IRA–. La noticia también reveló que algunas IPS no poseían los protocolos para el manejo de los casos de influenza humana y que también, en ciertas instituciones, los pacientes sospechosos no eran ninguna prioridad²⁸⁶. La ocurrencia de este tipo de situaciones no es algo que deba sorprendernos, pues el sistema de salud pública funciona con mucha menor efectividad de lo que sus modelos, aun con grandes componentes gerenciales y administrativos, presuponen. Por otro lado, ciertos trámites burocráticos que pueden anteponerse a la atención urgente de casos especiales, como los sospechosos de influenza AH1N1, están relacionados con las transformaciones de la salud pública de las que hablamos anteriormente. La descentralización y privatización de las entidades de salud liberó al gobierno nacional de ciertas responsabilidades, pero también le arrebató un trozo de poder, pues ya no podía actuar a sus anchas dentro de estos organismos y, por esto mismo, debía incrementar la vigilancia dentro de las EPS e IPS en cuanto al cumplimiento de los protocolos y el manejo de los casos. Evidentemente, no estaba funcionando como se deseaba, hecho que sumado a la alta ambigüedad del cuadro clínico del AH1N1, generaba una situación de malestar generalizada para las autoridades de la salud. Dichas circunstancias hacían mucho más necesarias las capacitaciones al personal de salud para que comprendiera la gravedad de la situación y actuara de acuerdo a ella.

Pronto, una avanzada conformada por 50 guerreros de la salud comenzaría a introducirse en los hoteles y centros comerciales para verificar que se estuvieran cumpliendo las medidas de

²⁸¹ Diario El País. *Colombia, en situación de desastre por gripe porcina*. Cali, 28 de abril de 2009.

²⁸² *Ibíd.*

²⁸³ Diario El País. *Investigan en Cali siete casos sospechosos de gripe porcina*. Cali, 28 de abril de 2009.

²⁸⁴ *Ibíd.*

²⁸⁵ Diario El País. *Aumentan casos de gripe porcina*. Cali, 1° de mayo de 2009.

²⁸⁶ *Ibíd.*

protección y control en contra de la anunciada pandemia²⁸⁷. Sabemos que este tipo de acciones está asido a los lineamientos del plan de contingencia que pretende englobar todos los lugares de flujo y aglomeración de personas, se había comenzado por los aeropuertos y ahora los controles se expandían hacia estos dos tipos de espacios de la urbe. El 4 de mayo, con la aparición de 13 casos sospechosos en Cali, se reforzarán los controles en el aeropuerto, pero también en el puerto de Buenaventura, enfatizando en la vigilancia del ingreso de alimentos y personas por vía marítima²⁸⁸. Este mismo día sale al público la versión final del plan de contingencia contra la pandemia en Cali. Días después, las campañas educativas serían intensificadas en otros sitios de congregación humana: colegios, escuelas y el sistema de transporte masivo²⁸⁹. Todo este conjunto de acciones fueron puestas en marcha antes de que el virus apareciera oficialmente en Cali, recordemos que el primer caso en la ciudad sólo se confirma hasta el 14 de mayo, hasta entonces, las autoridades de salud pública sólo se habían enfrentado al dudoso carácter de los casos sospechosos, mientras aguardaban la confirmación de uno de ellos, en alguna de las muestras que se enviaban hasta Atlanta para su análisis. Se solicitaba a las personas que estuvieran pendientes si alguien de su entorno o de su familia había viajado o tenido contacto con personas provenientes del exterior²⁹⁰, y que en tal caso, no dudaran en informar a las autoridades, pues este podría ser perfectamente un caso sospechoso de influenza AH1N1 que debía ser estudiado y debidamente evaluado por las autoridades sanitarias.

Desde entonces, las autoridades de salud estarán siempre enviando muestras de casos sospechosos y esperando las respuestas desde los laboratorios en Atlanta. Al demostrarse la existencia de personas infectadas con el virus, el monitoreo fue aumentado y la vigilancia detallada de estos casos instrumentalizada. A través de ello, se buscaba examinar de cerca los casos confirmados para que no empeoraran pero también para manejarlos cuidadosamente y evitar que el virus se regara por toda la ciudad²⁹¹. Fue precisamente esto lo que más se temió cuando el alto índice de estudiantes con síntomas de gripe obligó a que se cerraran colegios en la ciudad, desde mediados de septiembre. Con una tasa entre el 15% y el 20% de las poblaciones de las instituciones afectadas, se decide que lo más racional es clausurar temporalmente estos espacios a fin de prevenir cualquier contagio masivo²⁹². Temiendo que sean infecciones por AH1N1, los directivos de las instituciones resuelven acatar las medidas de prevención y ejercer limpiezas y desinfecciones en diferentes áreas de los planteles²⁹³, como zonas comunes y salones de clases²⁹⁴. Para enfrentarse a estos eventos, la Secretaría de Salud Pública intensificará las visitas a los planteles para recordar las formas de cuidado y prevención, y así evitar la propagación del virus²⁹⁵, aunque aún no se haya confirmado ningún caso de influenza humana en los colegios. Cerradas las instituciones mitigaría la

²⁸⁷ Diario El País. *Gripe A sigue esparciéndose por todo el planeta*. Cali, 2 de mayo de 2009.

²⁸⁸ Diario El País. *En Cali, trece sospechosos*. Cali, 4 de mayo de 2009.

²⁸⁹ Diario El País. *Revelan cuatro casos probables de AH1N1*. Cali, 6 de mayo de 2009.

²⁹⁰ Diario El País. *En la ciudad ya hay cinco casos de gripe AH1N1*. Cali, 5 de junio de 2009.

²⁹¹ Diario El País. *Colombia actúa contra el virus de la influenza humana*. Cali, 11 de junio de 2009.

²⁹² Diario El País. *Brote de gripa sacó de clase a cinco mil niños*. Cali, 19 de septiembre de 2009.

²⁹³ *Ibid.*

²⁹⁴ Diario El País. *Se disparan consultas por brote de gripa en Cali*. Cali, 25 de septiembre de 2009.

²⁹⁵ Diario El País. *Liceo Francés, el quinto con brote de gripa*. Cali, 22 de septiembre de 2009.

propagación de la enfermedad y cortaría la cadena de transmisión (?), en los planteles educativos se prohibiría la asistencia de cualquier persona, incluso docentes o administrativos, y el cese de actividades duraría 8 días, después de este tiempo, la Secretaría de Salud Pública Municipal efectuaría un seguimiento cercano durante dos semanas²⁹⁶ para observar la evolución epidemiológica de la situación.

Algunos sectores de la ciudad se quejarán de las medidas tomadas por la Secretaría de Salud Pública Municipal, arguyendo que fueron exageradas y excesivas para lo que realmente ocurrió en Cali; a esto, se responderá que dichas medidas fueron realizadas por prevención y que de no haberse llevado a cabo, se hubiera podido desembocar en una epidemia dentro de los planteles educativos²⁹⁷. Todo es justificable, pues, cuando se hace en nombre de la prevención; y es que ni el más refinado sistema de vigilancia epidemiológica puede predecir con precisión el desarrollo y el comportamiento de algún microorganismo, sólo anunciar aumentos en su presencia. El cierre de los colegios en Cali pone en evidencia otra de las muchas acciones –exageradas o no– que se llevaron a cabo por la presencia amenazante de una pandemia. La acertada toma de decisiones de acuerdo con los datos epidemiológicos es una labor que corresponde a las autoridades de la salud, quienes poseen el saber científico y el conocimiento empírico para proyectar el impacto de tal o cual virus en el territorio. Al final, “seguimos el protocolo y cortamos la cadena de transmisión. No hicimos nada diferente a lo que dice el manual”²⁹⁸, agregaba un funcionario de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Ese ‘manual’ hace referencia a las disposiciones de la OMS y la OPS. Hemos visto que la preocupación exagerada por la prevención ha sido un asunto propio de las transformaciones que ha sufrido la salud pública y que a lo largo del tiempo se ha ido naturalizando y sofisticando.

Hacia finales de noviembre aún no se presentaban decesos en la ciudad a causa de la influenza AH1N1, claro, eso no significó que las labores de control se redujeran. De hecho, ante la situación en la capital en la capital del país, el Ministerio de la Protección Social lanzó la campaña “poder sobre el AH1N1” (que ya mencionamos), y a la cual Cali se adscribió por ser una de las capitales contagiadas por el virus. Así que en parques, escuelas, colegios, centros comerciales, universidades, escenarios deportivos y otros lugares de congregación y afluencia humana, La Tropa –un grupo de jóvenes– jugaría a simular el contagio del virus y las formas de prevenirlo, utilizando escarcha y burbujas de agua con jabón²⁹⁹. Esta vez la ciudad no sólo respondía a las disposiciones de las organizaciones internacionales, sino también a las órdenes del gobierno nacional. Cali no tuvo un santo desfilando por la ciudad para suplicar al poder divino por la salvación ante el devastador virus como ocurrió en México; en su lugar, a las estatuas de Jorge Isaacs, Ricardo Nieto, Carlos Villafañe, Antonio Llanos y Octavio Gamboa, localizadas en el Parque de Los Poetas les serían administrados tapabocas, en el marco de un “simbólico acto”, perpetrado por La Tropa, con el fin de evitar

²⁹⁶ Diario El País. *Brote de gripe ya afectó a nueve colegios de Cali*. Cali, 24 de septiembre de 2009.

²⁹⁷ Diario El País. *La gripe se estacionó en Cali*. Cali, 27 de septiembre de 2009.

²⁹⁸ *Ibid.*

²⁹⁹ Diario El País. *Campaña para prevenir el AH1N1*. Cali, 27 de noviembre de 2009.

más casos de influenza en la ciudad a través de la educación del público³⁰⁰. Al mismo tiempo, epidemiólogos aseguran que Cali se encuentra en mejores condiciones de infraestructura que muchas otras ciudades del país, pero que es una gran desventaja tener que enviar las muestras a la capital y esperar la respuesta, pues “se pierde mucho tiempo en el tratamiento de los pacientes”³⁰¹. La dependencia de las instituciones locales y regionales respecto de las nacionales es una circunstancia que contradice la autonomía que defiende el proceso de descentralización. Junto a la dinámica de desconcentración de responsabilidades, debió surgir un proceso de tecnificación que, como no ocurrió, produjo un contexto de salud pública en el que cada localidad debe responder por sus necesidades con recursos propios, pero en condiciones desiguales (tecnológicas, de servicios, de infraestructura, etc.) en relación con otras zonas del país. Aun así, el sistema de salud pública debía funcionar y a lo mejor es por esto que se hace énfasis excesivo en la prevención, pues tal vez una incidencia verdaderamente fuerte del virus –éste o cualquier otro–, podría generar una saturación tal del sistema de salud que lo haría colapsar, refrendando no sólo el atraso en materia sanitaria de los países tropicales/pobres, sino también desmintiendo una victoria, dada por sentada, del ser humano frente a los organismos “inferiores”.

La producción de vacunas es otra prueba de esta desventaja estructural de los sistemas de salud. Ni en Cali ni en Colombia pueden producirse los inmunológicos necesarios para combatir biológicamente la enfermedad, de hecho, ni siquiera se cuenta con los recursos técnicos para realizar las investigaciones pertinentes. Así que la ciudad tiene que restringirse a los plazos de producción de laboratorios farmacéuticos extranjeros y también a las ofertas y negociaciones para adquirir las dosis, que son mediadas por organismos por la OPS, para garantizar mejores ofertas. El comercio y consumo de medicamentos es un tema enorme que no puede ser más que mencionado aquí, sin embargo, es importante tener siempre presente que existen intereses económicos de parte de estos laboratorios y otros agentes sociales, que entran en tensión en situaciones de crisis y calamidad como las de pandemias. De tal manera que no sólo la salud pública responde a los intereses económicos, como defiende Emilio Quevedo, sino que la salud misma puede ser un lugar donde confluyen intereses económicos, sin que esto borre, insistimos, la reflexión y preocupación sobre la vida humana que hay en el núcleo de esta dimensión social. Hemos traído a colación las vacunas, porque después de la campaña “poder sobre el AH1N1” no habrá otra medida similar de alguna relevancia, hasta que el 27 de marzo de 2010 se realice la primera jornada de vacunación en contra de la influenza humana, en la que se daría prioridad a los grupos de mayor riesgo como mujeres embarazadas, niños y personal de salud³⁰². A partir de entonces, la vacunación será el método por excelencia de combate del virus y las dosis importadas a la ciudad se aplicarán en su totalidad, como lo hemos visto ya. Diferentes entidades de salud se encargarán de administrar los biológicos, en lo que se llamó la Semana de Vacunación de las Américas³⁰³. Para el 23 de junio, se habrán vacunado 50.339 personas en la ciudad³⁰⁴; y se hace un nuevo

³⁰⁰ Diario El País. *Campaña para prevenir la gripa AH1N1*. Cali, 29 de diciembre de 2009.

³⁰¹ Diario El País. *El virus AH1N1 no se ha ido de Cali*. Cali, 31 de diciembre de 2009.

³⁰² Diario El País. *Embarazadas, recibirán vacuna AH1N1*. Cali, 22 de marzo de 2010.

³⁰³ Diario El País. *Por lluvias, aumentan casos de enfermedades respiratorias*. Cali, 29 de abril de 2010.

³⁰⁴ Diario El País. *Autoridades se preparan para segunda ola de AH1N1*. Cali, 23 de junio de 2010.

llamado a la ciudadanía, esta vez, no tanto para recordar las medidas de higiene y protección, sino para invitarlos a asistir a la vacunación contra el AH1N1, gratuito, antes que las dosis sobrantes se pierdan³⁰⁵. Así, la pandemia, ahora post-pandemia, sería finalmente “minimizada” en Cali, aun cuando su incidencia no fue tan extrema, la cantidad de dosis recuerda la necesidad de prevenir a toda costa y sin escatimar en gastos. Aunque puedan existir enfermedades con peores consecuencias y mayor presencia, o ámbitos de la salud pública que requirieran más inversión, fue prioridad responder al llamado de la OMS por la pandemia de influenza humana AH1N1.

Tácticas de bioseguridad

Desde el inicio del capítulo repetimos varias veces la trascendencia que tuvo la bioseguridad dentro de la guerra emprendida contra la influenza humana, finalmente, veremos en qué consistían estas medidas de bioseguridad tan amplia y constantemente defendidas por las autoridades de la salud. Puede decir que, en general, hay dos grandes grupos diferenciados a los cuales se dirige la bioseguridad: el personal médico y la comunidad en general. Comencemos entonces con aquellos protocolos de prevención y control que deben incorporar y aplicar los funcionarios de salud al manejo de pacientes con influenza, o sospechosos de estar contagiados. En el caso de este grupo social, son dos las situaciones riesgosas que merecen medidas especiales de bioseguridad: la recolección de muestras y el trato de los pacientes, recordemos que este último tipo está directamente asociado a la capacidad de contagio entre seres humanos del virus, vimos que para los pacientes con dengue, nada de esto es necesario. Pero empecemos con el protocolo para la recolección de muestras, labor doblemente importante, tanto por la vigilancia epidemiológica como por el contacto directo con el letal virus.

Higiene de las muestras de virus

A cada uno de los casos sospechosos, se les debe extraer dos muestras: a través del hisopado faríngeo (detrás de las amígdalas hacia la nasofaringe) y del hisopado nasofaríngeo (sólo para los pacientes hospitalizados)³⁰⁶, nos ahorraremos las descripciones detalladas sobre los procedimientos médicos para obtener las muestras de cada persona. Debido a la enorme peligrosidad que puede implicar transportar un virus, cada una de las muestras debe ir sellada en un triple empaque y sólo pueden ser recolectadas por personal médico que tendrá que estar empleado el equipo de bioseguridad: bata, guantes y gafas³⁰⁷. Estos tres elementos, además de la mascarilla, representan las partes del cuerpo humano de mayor riesgo de contagio: manos y rostros son, más que todo, las zonas delicadas y, de esta misma visión del cuerpo surgen las dos principales prácticas de higiene de las que nos ocuparemos en unos instantes. Manos y rostro, quizá las regiones más expuestas al medio ambiente y al peligroso aire infecto, con rutinas sanitarias estrictamente normadas, evocan los relatos de Georges Vigarello, en los cuales, en estas mismas partes del cuerpo, recaían una serie de prácticas higiénicas que demarcaban los antecedentes de lo que hoy entendemos como ‘limpieza

³⁰⁵ *Ibíd.*

³⁰⁶ Instituto Nacional de Salud. *Instructivo para recolección, conservación y transporte de muestras*. Bogotá: INS, 2009. p. 1.

³⁰⁷ *Ibíd.*

corporal', por primera vez, asociada al agua y ya no a los vestidos, al cuerpo que se exhibe³⁰⁸. Muchas veces asumido como una unidad, el cuerpo humano, podría ser también un conjunto de órganos, funciones y vestigios con historias casi individuales. En este caso, el rostro y las manos poseen un interés particular por su constante contacto con los flujos aéreos y por las vías bucal y respiratoria, a través de las cuales los agentes foráneos ingresan al sistema.

Gracias a esta constante exposición, los soldados de la salud deberán ser extremadamente cuidadosos al implementar sus vestuarios de protección. Deben retirar la bata, el par de guantes externos, careta y tapabocas, arrojándolos a la bolsa roja de residuos hospitalarios – *biohazard*, en inglés–, después retirarán el otro par de guantes y, claro, efectuarán la higiene de manos pertinente al finalizar el proceso³⁰⁹. Luego de este proceso de recolección de la muestra y de desinfección del profesional de la salud, se deberá anunciar el envío de los virus refrigerados a los laboratorios correspondientes, que deberían estar atendiendo estas encomiendas las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Además de los 3 empaques, las muestras viajarán con los datos completos del paciente y con su historia clínica³¹⁰, así, las autoridades de la salud podrán llevar un registro riguroso y claro de la presencia y comportamiento del virus en cada región del país, al tiempo que podrán establecer algunas relaciones entre los pacientes y los casos confirmados: se nos ocurre por ahora, co-dependencia entre casos graves de AH1N1 y VIH. Por cada muestra recolectada se precisa de dos pares de guantes desechables y tapabocas N°95, los demás elementos, como las caretas y las batas, pueden ser reutilizadas, después de una juiciosa antisepsia. Aun así, este tipo de medidas de bioseguridad exige que las instituciones de salud cuenten con un depósito con suficiente *stock* de estos implementos para realizar la obligatoria toma de muestras con las medidas exigidas.

La OMS ya había dictaminado que ante una pandemia, una de las formas de responder efectivamente a ella era contar con un gran surtido de estos materiales para que, en caso de presentarse casos sospechosos, se pudieran tomar las muestras lo más rápido posible y sin complicaciones. Lo que tenemos aquí es un egreso más de la salud pública en nombre de la prevención de enfermedades, pandemias o epidemias; los cubrebocas en Cali costaban \$180 en épocas de la pandemia, y llegaron a escasear³¹¹. Los demás elementos, desechables o no, eran más costosos y, de todos modos, se requirieron una gran cantidad de ellos para recolectar las muestras de los 1.300 casos sospechosos que se detectaron, en algún momento, en la ciudad. El valor total de una muestra debe calcularse con la sumatoria de los costos de todos los recursos requeridos, desde el costo de los hisopos hasta el precio de los envíos de las muestras a laboratorios de referencia, y esto sin contar con los costos indirectos por tratamiento de pacientes (no confirmados) a causa del tiempo de espera por la respuesta de estos centros especializados. La higiene de las muestras, además de revelar un temor al

³⁰⁸ cf. p. Vigarello, Georges. Op. cit. p. 66.

³⁰⁹ Instituto Nacional de Salud. *Recomendaciones para la recolección de muestras de pacientes con Dx de caso sospechoso de nuevo virus de influenza A H1N1*. Bogotá: INS, 2009. p. 1.

³¹⁰ *Ibid.*, p. 2.

³¹¹ Diario El País. *Aumentan casos de gripe porcina*. Cali, 1° de mayo de 2009.

contacto con el aire y con lo sucio que se contagia, exhibe diversos y relativamente altos costos monetarios. Es posible que la protección de la especie humana no haya sido una empresa tan onerosa, y es que por la prevención, todas las medidas deben ser acatadas y llevadas a cabo, “sin escatimar en gastos”. Lamentablemente, no tenemos la posibilidad de establecer cuánto costó a la ciudad una pandemia cuyo arribo no fue caótico ni masivo, y así poder aventurarnos a responder si fueron exageradas o no las medidas tomadas en su contra, o simplemente para comparar con los gastos hechos en otros países, como México o Estados Unidos, en nombre de este mal. Las inversiones hechas por el municipio no son suficientes para calcular costos indirectos asociados a la pandemia, como algunos que hemos sugerido aquí.

Higiene del personal médico y del paciente

La protección del personal médico, al igual que el resto de la comunidad, obedece a unas precauciones estándar por el hecho de ser personas, no obstante, su obligatorio contacto con pacientes sospechosos y confirmados, los convierten en un grupo de alto riesgo, para el cual es necesario establecer normas más exactas de protección. Vimos que el peligro que se le imputa a este grupo social se imbrica con la preocupación por el colapso del sistema de salud: si los soldados caen en cama por el maligno virus, no habrá quien pueda atender a las poblaciones enfermas, y el AH1N1 habrá ganado la contienda. Entonces, son tres los tipos de precauciones en este caso: por contacto, por gotas y por aire. Conocemos ya la indumentaria de protección de este personal, pero tal vez no sabíamos que la OPS pensará a cada paciente, sospechoso o no, como una fuente de infección³¹², por lo que es necesaria la antisepsia en las relaciones con ellos. Sin un vector claro al cual culpar, el ser humano se ha vuelto enemigo biológico de su congénere. Son tales los peligros asociados al contacto con los pacientes, que la misma organización define cinco momentos en los cuales el personal de salud deberá ejercer el lavado de manos: 1) antes del contacto con el paciente, 2) antes de realizar una tarea aséptica, 3) después del riesgo a la exposición a líquidos corporales, 4) después del contacto con el paciente, 5) después del contacto con el entorno del paciente³¹³. Los cinco momentos ponen de manifiesto los elementos que propician el contagio: la sangre y los fluidos corporales, las secreciones y excreciones, los artículos contaminados y las membranas mucosas³¹⁴. El miedo al otro está, pues, más que todo en sus efluvios corporales y en el medio que permite su desplazamiento: el aire. No existe nada más temido que aquellas micro-partículas virales que pueden quedar suspendidas en la atmósfera, o los llamados fomites, las áreas o superficies impregnadas con virus por haber tenido contacto con el infectado.

Para maximizar la seguridad en el contacto con estas gentes enfermas, o sospechosamente enfermas, se reglamentó el uso de un cuarto individual para cada paciente, además de la implementación de la mascarilla para todo aquel que tuviera contacto a menos de un metro de distancia, también, debía evitarse en lo posible el transporte del paciente, y en caso tal que

³¹² Organización Panamericana de la Salud. *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C.: OPS, 2009. p. 25.

³¹³ *Ibid.*, p. 28.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 31.

fuese esencialmente necesario, habría que dotarlo de cubrebocas³¹⁵, para que no esparciera el virus durante sus recorridos. La mascarilla debía ser empleada por los enfermos, especialmente, cuando salieran de sus cuartos de aislamiento³¹⁶, pues fuera de estos, su presencia era mucho más riesgosa por la propagación de la enfermedad a causa de los fluidos corporales que naturalmente emanarían. Los cuartos de estos sujetos deberían estar dotados de un buen sistema de ventilación³¹⁷, tal vez con la intención de purificar los aires circulantes, y las instituciones de salud debían garantizar estas condiciones mínimas a aquellos cuya gravedad implicara hospitalización. El cuidado del aire se tecnifica. Las buenas condiciones aéreas del paciente requerían una presión negativa del fluido eólico, la desconexión de sistemas de aires acondicionados para no agravar los síntomas y la restricción de las visitas para que no contaminaran el aire puro del paciente y para que no fuesen contagiados por las secreciones aéreas infectas de los enfermos.

Emplear las medidas de bioseguridad era más que un simple prejuicio o corolario. Estudios médicos de salud pública permitieron construir una tabla con los índices de efectividad de estos instrumentos, lo que permitía calcular numéricamente el riesgo al que se encontraba un profesional de la salud ante un paciente infectado por influenza AH1N1, de acuerdo con las herramientas de bioseguridad con las que contara. Es la mascarilla N°95 (el tapabocas quirúrgico) el que tiene mayor efectividad, al garantizar el 91% de efectividad de protección, mientras que la bata (77%), los guantes (57%) y el lavado de manos (55%) tiene un ratio de funcionalidad inferior³¹⁸. En suma, todos los aparatos ofrecen el 91% de seguridad³¹⁹, por lo que el riesgo es un mal que no se puede erradicar, es sólo mitigable. De ahí la insistencia en emplear todos los controles para reducir el riesgo a la mínima cifra posible, ciertamente, es imposible aislar totalmente el cuerpo del aire que circula a su alrededor. Todas estas medidas, no nos extraña en absoluto, son plasmadas en pos de la prevención, pues el riesgo no es otra cosa que su contracara. Para suplementar la bioseguridad y contrarrestar el peligro de contagio, se establecen otras medidas higiénicas y sanitarias en los centros médicos como: la limpieza y desinfección de áreas conflictivas (como los baños), asepsia de los entornos e instrumentos médicos para la atención de pacientes, manejo adecuado de los desechos, lavado de ropas de cama y demás utilería, y claro, vigilancia del transporte de estos objetos a las zonas de desinfección, para que sea seguro el desplazamiento³²⁰. La parafernalia y meticulosidad en los protocolos de bioseguridad nos muestran un enfermo infectado de alta peligrosidad que sólo puede ser combatida a través de esta explosión de técnicas de antisepsia. Por supuesto, quizás el hospital sea uno de los lugares de concentración más riesgosos de la ciudad, allí se encuentran los flujos de enfermos y sus vapores contaminantes y alientos malignos, y están en contacto permanente con otros sujetos sanos y el personal médico que debe hacerse cargo de ellos, en un altruista acto de cercanía física. En otras palabras, estos espacios podrían ser los lugares más aptos para ser nominados como focos de

³¹⁵ *Ibíd.*, p. 34.

³¹⁶ *Ibíd.*, p. 35.

³¹⁷ *Ibíd.*, p. 41.

³¹⁸ *Ibíd.*, p. 44.

³¹⁹ *Ibíd.*

³²⁰ Organización Panamericana de la Salud. *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C.: OPS, 2009. p. 43.

infección de la influenza AH1N1, por ello, aparece como evidente la recurrencia a toda esta serie de medidas de bioseguridad. Veamos ahora las 3 formas de auto-cuidado que debía aplicar la comunidad en general ante la pandemia.

Aislamiento social voluntario

No hay mucho que agregar en cuanto a esta disposición en particular. El aislamiento social aplica para toda la población de la ciudad, pero especialmente se decreta a los sujetos que han sido clasificados como casos sospechosos o confirmados de influenza humana, y que, en el segundo caso, no requirieron atención hospitalaria por no presentar cuadro clínico grave. En Cali, la gran mayoría de los casos fueron manejados de manera ambulatoria y muy pocos presentaron complicaciones rápidas que precisaron de cuidados hospitalarios y, de ellos, otra porción inferior fue víctima mortal de la enfermedad. De todas maneras, para prevenir cualquier efecto inesperado, el dispositivo de la salud pública incrementó los controles y las alertas, no para producir pánico en la gente, sino para debidamente preparados ante la llegada de la pandemia. Es por esto que la Secretaría de Salud Pública Municipal empieza a difundir boletines y circulares desde la alcaldía, en los cuales se prescribían las prácticas saludables para recibir y controlar esta enfermedad. Se recomendaba evitar el contacto a toda costa con personas infectadas, así fuesen familiares, pero sobre todo, se insistía en que si se era caso sospechoso, es decir, si presentaba los síntomas de la influenza, se permaneciera en casa y no se asistiera a la escuela, al trabajo o la universidad, según fuera el caso³²¹. Recordemos que a todos los casos sospechosos se les recetó el aislamiento voluntario en casa y que cuando uno de los casos confirmados decidió romper esta cuarentena, se pensó en ejecutar medidas de vigilancia policiaca para proteger el resto del cuerpo social sano, pero vulnerable.

A aquellos que presentaran síntomas, sin embargo, se les recomendaba acudir a las instituciones de salud sólo si presentaban fiebres muy altas y disneas³²². En el fondo, la mejor forma de prevenir la propagación del virus era permanecer en casa y, además, evitar los contactos sociales físicos, como los saludos de manos³²³, esto, claro, además de las medidas de protección individual de las que nos ocuparemos ahora mismo. Resta decir en este aspecto que no hay riesgo mayor que en el par: sea por contagiarse a sí mismo o por contagiar al otro, la evitación del contacto físico es absolutamente necesaria, con los flujos permanentes de aires y secreciones, evitar el virus era equiparable a evitar el roce humano. Fuera de esto, se recomendaba a todos los ciudadanos que se abrigaran y evitaran cambios bruscos de temperatura, que mantuvieran una dieta rica en frutas y verduras que contuvieran vitaminas A y C (zanahoria, naranja, papaya, limón, mandarina, piña), que se ejercitaran apropiadamente, que buscaran formas de controlar el estrés, que eludieran la exposición a ambientes contaminantes y que no fumaran en lugares cerrados con niños, ancianos o enfermos³²⁴. Nos llama la atención que algunos alimentos sigan siendo venerados por sus

³²¹ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Medidas preventivas para mantenerse saludable*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 1.

³²² *Ibid.*, p. 2.

³²³ *Ibid.*

³²⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Medidas preventivas para mantenerse saludable*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 3.

propiedades curativas ante las gripas, como el limón, producto más vendido durante la pandemia de Bilbao; pero más interesante es que todas estas sugerencias hacia la comunidad tengan que ver con el fortalecimiento de las defensas inmunológicas del organismo, pues como no contamos con una vacuna aún, por lo menos habría que recibir la enfermedad con un cuerpo fuerte en protecciones, además, la influenza tiene más probabilidades de ser letal cuando penetra en un sistema débil o con pocas defensas, por ello la correlación con los enfermos de por el virus del Sida, que hemos mencionado en algunas ocasiones. El cuerpo social deberá comenzar a prepararse para recibir al virus en su organismo y procurar que le afecta en la menor medida posible. Esto, en conjunción con las medidas preventivas de aislamiento, asegurarían un buen manejo de la pandemia por influenza humana, mientras se descubría y se importaba el inmunológico. No siendo esto suficiente, para perfeccionar esta barrera de protección, y asumiendo que es totalmente imposible erradicar la proximidad social en la urbe –espacio de tráficos intensos de todo tipo–, están la higiene de tos y la higiene de manos.

Higiene de la tos

Lo ideal en este caso es que cada habitante de la ciudad tuviera su propia mascarilla quirúrgica N°95 para uso cotidiano y común en épocas de la pandemia, pero como no fue posible que la gente acatará esta norma con total disciplina, se pensó en otras estrategias que evitaran la dispersión de partículas aéreas cargadas de virus. Algunos tendremos en nuestras memorias, la imagen del sujeto mostrando la manera apropiada de toser en público, caso tal que no se contara con un tapabocas, y también algunas miradas de censura y escarnio que algunos emitían cuando algún inconsciente se atrevía a toser en público sin cubrirse de ninguna manera. Malas prácticas de higiene y malas prácticas de convivencia urbana. La irresponsabilidad de aquel que no se cuida en la etiqueta de la tos es un ser que atenta contra la salud de sí mismo, y también contra la de los demás, o sea, es un afrenta a la salud pública. La Secretaría de Salud Pública Municipal reglamenta estos procedimientos de la tos, buscando precisión en las corporalidades en pos de la prevención, y al mismo tiempo buscaba que fueran lo más sencillos posibles para que todos los ciudadanos pudieran aplicarlos sin mayor problema. La gente debía cubrirse su nariz y boca con un pañuelo desechable o de tela, y si no contaba con uno, debía cubrirse con el brazo, bajo ninguna circunstancia, debía cubrirse con la mano³²⁵. Las vías respiratorias y bucales, conductos al interior del organismo, son las zonas de mayor peligro de contagio, al igual que las manos, puesto que son las estructuras táctiles que manipulan los objetos y es en estos en los que se hallan los fomites.

Más ampliamente, la higiene de la tos apela a una consciencia social sobre las secreciones corporales, sus normativas se expanden a los alcoholes y desinfectantes que deberían cargar todos en el día a día. Es que esta higiene no se limita solamente al acto mismo de toser, honestamente, deberíamos hablar de una higiene del habla, puesto que las instituciones de salud pretendían que la gente se cuidara en sus actos comunicativos diarios. Como ningún control en nombre de la prevención es suficiente para eliminar el riesgo, se proponía que las personas aplicaran una pequeña asepsia algunos elementos, como los teléfonos, antes y

³²⁵ *Ibid.*

después de su uso, con el fin de erradicar los gérmenes de influenza presentes en esos objetos³²⁶, contribuyendo al corte de la cadena de contagio: se prevenía contagiarse al otro y contagiarse del otro. Esta estrategia estaría destinada a combatir el riesgo en una de las dos regiones corporales a través de las cuales entra el virus al cuerpo: el rostro, y es la práctica que más se exhibirá en la cotidianidad, pues ante la imposibilidad de suprimir los flujos urbanos, se requiere, al menos, una higiene de los mismos: aplicados constantemente y con fino cuidado. La higiene de manos, menos practicable en espacios públicos, se ocupará de la otra zona peligrosa del cuerpo humano por probabilidad de contagios.

Higiene de manos

Su preponderancia antiséptica le adjudica espacios y momentos específicos en los cuales debe ser aplicada. La elaboración de esta técnica del lavado de manos posee dos dimensiones: los horarios de uso y los procedimientos adecuados, veamos los primeros, ya no para personal que maneja pacientes, sino para todos los demás, la comunidad. La higiene de manos debe ser realizada después de cualquier tipo de contacto con una persona contagiada por influenza o con su entorno circundante³²⁷, por esto es que es fundamental mantener a los enfermos aislados y en focos cerrados, para que no unten el virus por toda la ciudad y las personas sanas estén en menor riesgo. Asimismo, deberán aplicarse la técnica cuando las manos estén visiblemente sucias y antes de manipular, preparar o ingerir cualquier tipo de alimentos³²⁸, debido a que ellos entran por los conductos bucales, pueden poseer gérmenes que entrarían por estas vías, o quedarse impregnados en las manos, también, unas manos sucias podrían transferir partículas malignas a cualquier objeto o superficie, reproduciendo la existencia de los fomites. El uso de retretes, estornudos, limpiezas nasales y tos, son acciones que merecen ser seguidas de una juiciosa aplicación de la higiene de manos. Estos últimos son los fluidos y secreciones corporales que tanto temor causan por la propagación que generan del virus, los lavabos y excusados, superficies por donde circulan emanaciones corporales de todo tipo serán los más riesgosos y los que más requieran profilaxis, ni siquiera los baños privados están a salvo. Es un tanto risible que el lugar donde deba ser efectuada la higiene de manos sea un espacio tan poco seguro para llevarla a cabo, ni en estos compartimentos se está a salvo del virus y, es más, necesitan rigurosas medidas de desinfección y limpieza como nos han mostrado la preocupación por la bioseguridad. El riesgo es siempre un mal que no desaparece.

La técnica del lavado de manos consiste en 6 pasos sencillos: Retirar todos los objetos que se tengan en las manos; luego humedecerlas; aplicar 3ml de jabón corriente o, mejor, antimicrobiano; frotar vigorosamente cada dedo, los espacios interdigitales, la palma y el dorso de cada mano, y la muñeca hasta 3cm arriba de la apófisis estiloides; enjuagar con agua abundante, desde las uñas hasta las muñecas, y repitiendo el proceso del paso anterior; por último, la duración de todo este proceso debe ser de mínimo 30 segundos³²⁹. Seguramente,

³²⁶ *Ibíd.*

³²⁷ Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de respuesta municipal contra la pandemia de influenza AH1N1*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009. p. 38.

³²⁸ *Ibíd.*

³²⁹ *Ibíd.*, p. 39.

todo el público de la ciudad entiende claramente qué es y dónde está ubicada la apófisis estiloide y, seguramente también, todos cuentan con cantidades suficientes de jabón para efectuar los lavados de manos de manera apropiada y en cada una de las veces, de las múltiples veces, que lo exigen las disposiciones del dispositivo de salud pública. Los centros comerciales, instituciones educativas y otros centros de congregación, como terminales terrestres y aeropuertos, debían garantizar los recursos físicos para aplicar el lavado de manos a cada ciudadano³³⁰, pero qué decir de aquellas zonas de la ciudad donde las condiciones sanitarias son paupérrimas, las zonas en donde el dengue, una enfermedad asociada a las condiciones sanitarias, prolifera con más fuerza por las mismas razones de inequidad en infraestructuras. El dispositivo de la salud pública se ha preocupado por educar a las gentes y por dotar a sus centros de asistencia de los *stocks* necesarios para enfrentar la epidemia, pero, ¿ha garantizado que las medidas preventivas puedan ser realmente llevadas a cabo por toda la comunidad?, siquiera, ¿se ha preocupado porque en cada rincón de la ciudad la bioseguridad pueda ser ejercida?, o acaso, ¿se ha mantenido la visión de la población como ente displicente que no obedece aun en pos de salvar su propia vida y de cuidar su propia salud?

* * *

Apresurado e insuficiente es decir que la pandemia de influenza AH1N1 fue sólo un escándalo mediático, o una forma de ocultar pasos oscuros de los altos mandos. Sus impactos en la ciudad fueron concretos y claros, desde la superposición con el brote elevado de influenza estacional, generando cierres de colegios, pasando por las acciones pictóricas de cubrir con tapabocas a efigies de la ciudad, hasta la educación de la población sobre la técnica del lavado de manos y las otras medidas de bioseguridad para mitigar los contagios a través de las secreciones. Ya han sido consignadas las implicaciones que tuvo, para los programas de control de la enfermedad, la inexistencia de una vacuna contra el virus y también el comportamiento de la enfermedad a partir de su llegada a la ciudad. Las estrategias de protección de la población develan un enemigo claro de la enfermedad: el ser humano portador del virus; pero también un conducto riesgoso en particular: el aire. No será el agua, como en el dengue, el fluido que causará preocupación a las autoridades de la salud pública, de hecho, en este caso, aparece como uno de los ingredientes para limpiar el cuerpo y las superficies de los gérmenes y los fomites.

Nos faltarán siempre datos para responder la pregunta que nos ha rondado desde el principio, no podremos decir con certeza si el leve impacto de la pandemia se debió a las políticas de prevención o al curso natural del virus. Lo que sí constituye una certeza para nosotros es que el dispositivo de salud pública respondió, por las razones que fueran, a las directrices de la OMS –más que todo, en este caso– y de la OPS; y lo hizo a pesar de las deficiencias financieras y estructurales en su cobertura y calidad de servicios. Las disposiciones de estas organizaciones bastaron para definir nuevas prioridades, en nombre de la salud de todos y en forma de planes de contingencia para la prevención de una enfermedad, cuya llegada no fue nunca una certeza. Sí, las autoridades de la salud pública tenían claro que la pandemia podría no llegar nunca a la ciudad, no obstante, se trabajó con

³³⁰ *Ibid.*, p. 53.

la hipótesis de que así sería, y más allá de esto, no hubo ninguna reticencia en acudir a los recursos monetarios que fuese necesario para ‘responder’ a ella. Para repetirlo, no se debía escatimar en gastos. Los despliegues mediáticos lo prueban, así como también las inversiones en vacunas, suplementos, equipos y demás elementos que se requerían para la atención y contención de la influenza AH1N1. Estando las instituciones de salud en situaciones de colapso por falta de financiación o malos manejos, la alerta pandémica exigía dar prioridad a esta enfermedad y los mandatos de la OMS lo justificaban. Después de varias décadas, después de su proceso de descentralización, el dispositivo de salud pública local sigue respondiendo a demandas nacionales e internacionales, y su funcionamiento se mece entre las respuestas a las necesidades locales (como las de enfermedades epidémicas, dengue por ejemplo) y aquellas normativas globales. Las dos enfermedades que hemos elegido aquí nos presentan dos perspectivas de la salud pública en Cali tan disímiles, que a veces se torna difícil visualizarlas como los eventos contemporáneos y contiguos que son. Esta diferencia es la que ha capturado nuestra atención y la que nos ha llevado a escribir sobre ellas.

Epílogo

Enfermedad y Orden Social

El recuento de los episodios de dengue e influenza AH1N1 en Cali nos ha hablado de algunas dinámicas sociales en la ciudad que están articuladas a procesos e instituciones más amplios, que escapan a los límites del perímetro urbano. Cada una de estas enfermedades reveló acciones específicas de acuerdo con sus particularidades biológicas, y como aquí nos ha interesado la dimensión social de la enfermedad y sus efectos concretos sobre la ciudad y su población, es necesario ahondar en aquello que distingue a cada uno de estos fenómenos. Algunos de los puntos a continuación han sido ya esbozados, por tanto, sólo serán mencionados. Quizá la inexistencia de una vacuna durante el pico epidémico de estos dos virus puede ayudar a comprender la trascendencia que adquirieron las políticas de control y prevención en su contra, claro que la influenza encontró su cura con el tiempo, pero fue mucho más tardía de lo que se esperaba o lo que se deseaba, y su incidencia no pudo ser controlada como se hubiera querido por parte de las instituciones internacionales de salud pública. Nos encontramos ante dos enfermedades que tuvieron que ser combatidas a través de estrategias alternas a la inmunización, una de ellas contaba con un comodín –la fumigación–, la otra, por su parte, sólo pudo ser contrarrestada mediante acciones de pedagogía de las comunidades. La falta de una dosis biológica contra los virus de ambas enfermedades se debió a razones distintas, para los cuatro serotipos de dengue, aún no hay la posibilidad de brindar inmunidad contra los cuatro serotipos; pero con la influenza AH1N1, algo extraño ocurrió, si pensamos que la vigilancia epidemiológica había estado haciendo seguimiento al comportamiento de todos los virus de influenza. Al parecer, hubo un retraso, digamos, en la respuesta efectiva de las instituciones de salud pública o una alerta tardíamente anunciada.

Más con la pandemia por influenza que con la reemergencia del dengue, la circulación de personas, dentro y fuera de las ciudades, se tornó problemática. En el primer caso, la situación era mucho más riesgosa y conflictiva dado que el virus se propagaba tan fácilmente como se desplazaba el aire, lo cual instó a las autoridades a vigilar fronteras, a usanza de algunos siglos atrás. Aeropuertos, puertos y terminales se vieron como sitios de amplia peligrosidad por contagio y difusión del virus, y desde luego, cualquier desplazamiento ‘innecesario’ de gentes dentro de la ciudad, decretándose el aislamiento social voluntario. El dengue parecía ser también un mal que se llevaba y se traía, sobre todo con mercancías que contuvieran aguas con huevecillos de zancudos, aunque también por personas osadas que iban irresponsablemente de un lugar a otro. Con una menor validez del argumento, por la condición endémica de esta enfermedad en Cali, los flujos de personas fueron mal vistos por autoridades sanitarias, puesto que las personas sanas podrían ingresar a ambientes insalubres, contagiándose. Recordemos que en el caso del dengue, es el mosquito el que lleva el virus, al menos en la mentalidad de las personas, y no los mismos habitantes que esparcen el mal en sus andares.

No será mal vista sólo la circulación de personas; de hecho, el flujo de cualquier cosa es vigilado. Mucho cabe dentro de esta vigilancia: los alimentos, las mercancías, las personas, los

transportes mismos, los animales, los edificios. Sin embargo, lo que más preocupará a las autoridades sanitarias será el movimiento de los fluidos, tres especialmente: agua, aire y secreciones humanas. El énfasis descomunal para controlar estos tres elementos de la naturaleza es una dimensión bastante antigua de la higiene y de la urbanidad; en este caso, los fluidos se dibujan como los canales por los que transitan los virus, y en ello radica la importancia de su control y vigilancia. Inasibles casi hasta el límite, las autoridades de la salud pública se esmerarán en proteger el cuerpo humano de estas sustancias, digámoslo, mefíticas. En un contexto urbano, donde los habitantes circulan ‘a sus anchas’ y en alta densidad, la afluencia de estas materias líquidas y gaseosas se maximiza y el riesgo, a la par, se incrementa exponencialmente. Estas emanaciones peligrosas son un punto en común de las dos enfermedades, aunque cualitativamente se expresan de manera distinta en cada una.

Fundamental es que el dengue sea una ETV (Enfermedad Transmitida por Vectores) y la influenza no necesariamente. Esta última puede ser porcina, aviar, equina, mas no depende de ninguno de estos reservorios biológicos para propagarse. En la influenza, el ser humano puede ser el *vector* mismo de la enfermedad. Así que las políticas de erradicación del dengue se encargarán de declarar la guerra a un bicho, discursivamente creado como un enemigo biológico –el patiblanco–, lo cual hará más claras y sencillas las labores de pedagogía de la salud: la gente tendrá más claro contra quien lucha, un mosquito, un ser vivo que todos podríamos observar sin precisar de un microscopio. Allende de su visibilidad, el enemigo del dengue puede ser exterminado, en el pleno sentido de la palabra, con venenos químicamente elaborados para él, con otros controles biológicos como peces, e inclusive con terapias génicas. Contra la influenza, ¿a qué nos enfrentamos? A una criatura de dudosa vitalidad, con magnitudes físicas imperceptibles al ojo humano, a un agente que vaga por los aires, invisible y sigiloso. Sin siquiera poder imaginar su rostro, las autoridades deberán explicar a las gentes que hay que prevenirse de una enfermedad que está presente en el aire, en los fluidos, en el otro. Por otro lado, no habrá otra estrategia de control de la enfermedad que la inmunización, restringiendo las labores de las autoridades de la salud pública en comparación, por ejemplo, con el dengue.

Otras ventajas tendrán los funcionarios de la salud en cuanto al dengue en Cali. Una de ellas es la tradición histórica de la enfermedad en la ciudad, presente por lo menos desde la década de los ochenta, la salud pública estará ya preparada para enfrentar a un viejo enemigo, con tácticas de ataque ya conocidas y estudiadas, prácticamente, sólo tendrían que poner a funcionar viejos planes de acción que tan sólo requieren actualizaciones constantes. La influenza humana, en cambio, trae la nocividad de una enfermedad nueva y ‘desconocida’. Políticas de acción pensadas *in situ*, formas de lucha improvisadas o carentes. Y es que aunque la influenza sea una enfermedad conocida milenariamente, uno de sus temidos cambios antigénicos [*shift*], genera una cepa viral totalmente diferente, con comportamiento epidemiológico distinto y que requiere vacunas propias. Sí, cada año la humanidad se enfrenta a la influenza estacional, pero no cada año se enfrenta a pandemias por un subtipo particular de influenza, mucho menos humana. Adicionalmente, el dengue es una enfermedad con presencia continua en la ciudad y en el mundo, se sabe que cada año Cali debe prepararse para un incremento de los casos debido a la incidencia del clima. Unos años más graves que otros, el mal del *Aedes Aegypti* es más un virus que se mantiene en contención

y que se espera en cualquier momento. El AH1N1 fue más una enfermedad de carácter episódico, no esperada aunque muy anunciada. Eso contribuyó la existencia de situaciones de pánico y angustia social, por un virus nuevo, que atacaba velozmente –aunque nunca letal–. La falta de preparación de las autoridades de salud ante este nuevo mal, regado por todo el planeta, plasmó unas circunstancias de gran desventaja de la salud pública respecto del microorganismo amenazante.

La capacidad de respuesta de las instituciones y organizaciones de salud en la ciudad dependió de las condiciones naturales del territorio. El paisaje de Cali posee la configuración propicia para que el dengue sea endémico en ella. Las autoridades saben que no pueden erradicar la enfermedad, porque la ciudad engendra el mal en su propio seno, entonces, se concentran en su control y prevención para que no se salga de control. Por esta misma razón, los agentes y gentes externos al perímetro urbano, no puede llevarse la culpa de estos brotes, como sí puede ocurrir en el caso de la influenza, una enfermedad traída de afuera, que llegó, exactamente de México y Estados Unidos, a través de personas que volaron. Este fue un virus exógeno al territorio, que se importó, así como se importaron luego las vacunas para erradicarlo. Si la difusión del dengue fue imputada a las gentes sucias que no cuidaban de sus ambientes sanitarios en sus propias casas, la influenza humana sería imputada a gentes irresponsables que salieron y llegaron del país sin ser lo suficientemente precavidos como para evitar el aterrizaje del mal en la ciudad. Estas personas habían traído un mal de afuera, las primeras habían ayudado a que un mal interno incrementara. Esta distinción es cualitativamente muy relevante al momento de pensar los efectos sociales de la enfermedad. La influenza traía consigo una preocupación de magnitud mundial, mientras que el dengue, aun con cierta relevancia en Las Américas, era una enfermedad con una relevancia mucho más local, dada su condición epidémica en la ciudad. Aunque en ambos casos las instituciones de salud respondieron a los mandatos y directrices de la OMS y la OPS, la influenza humana pone de manifiesto acciones que la ciudad emprendió sólo debido a las alertas emitidas por estas organizaciones, ya hemos discutido la dudosa, lenta y no tan fuerte llegada de la enfermedad a Cali; paradójicamente, fueron las gripes estacionales las que produjeron los colapsos educativos, sin embargo, estos se hicieron en nombre de la pandemia que declaró la OMS y de la prevención contra el virus AH1N1, que esta misma organización ‘sugería’.

Los focos de infección, por otro lado, son una zonificación de la ciudad y del territorio mucho más definida con el dengue, una enfermedad vinculada a las condiciones sanitarias. Un análisis espacial de la incidencia del dengue permite trazar regiones de la urbe mucho más expuestas que otras, así, son posibles unas ‘geografías de la enfermedad’, que tienen un sentido doble. Por un lado, se hace posible la concentración de las políticas de la salud en sectores específicos de la ciudad; por otro, consolida la visión de esta dolencia como un mal de la pobreza y del trópico, por su alta incidencia en lugares con condiciones sanitarias deficientes. La influenza no permite construir ninguna geografía, su radio de acción puede ser prácticamente toda la ciudad, como unidad. Sólo algunos nodos de mayor propagación pueden detectarse: los locales de congregación humana, pero una urbe, con sus repudiados flujos constantes de gentes, cada metro cuadrado del espacio ciudadano es un potencial punto de congregación y, por tanto, de contagio. Al no producir focos de infección tan delimitados,

la influenza AH1N1 acentúa una tensión: la localización de una enfermedad hace más la implementación de medidas preventivas y de control en su contra, y simultáneamente contribuye a rotular dichos espacios como “zonas de alto contagio o riesgo”, por tal o cual virus o bacteria. En esta lógica, el dengue es una enfermedad que expresa más abiertamente las desigualdades sociales, mientras que la influenza humana lo hace más silenciosamente, pues a pesar de no afectar regiones específicas del territorio, es claro que algunos habitantes están mucho más expuestos que otros por no tener garantizadas las condiciones mínimas para acatar las normas de bioseguridad. Pensemos por ahora quién puede adquirir un cubrebocas diario, quién puede adquirir geles desinfectantes para uso cotidiano, quién tiene asegurada una despensa de jabones anti-bacteriales para los 4 ó 5 lavados diarios que se exigen para eliminar gérmenes, quiénes poseen los recursos suficientes para realizar asepsias y desinfecciones constantes en sus cuartos de baño. Estos son dilemas que el dispositivo de salud pública poco se preocupa por considerar y estudiar, pareciera que sus disposiciones fuesen suficientes para garantizar los buenos hábitos de los ciudadanos; de no ser así, será la falta de colaboración de la comunidad, la culpable de la expansión de las enfermedades.

Ambos males nos remiten a medidas higiénicas para ser llevadas a cabo por los buenos ciudadanos. La lucha contra dengue, con el ojo fijo en el mosquito, establece lineamientos de higiene de los de los objetos fundamentalmente; la batalla contra la influenza, con un enemigo invisible y más móvil, declara prácticas higiénicas con los objetos, pero sobre todo con el cuerpo individual y con los espacios. El mosquito del dengue sólo puede viajar unos metros, en cambio, el AH1N1 viaja con las personas. Con el dengue son preocupantes los receptáculos expuestos al depósito de aguas, los criaderos de zancudos. Las personas, así no cuenten con otros objetos para almacenar agua para su propio consumo, deben preocuparse básicamente por la erradicación de esos sitios potencias de desarrollo del zancudo. La salud pública se inmiscuye en los hogares de los ciudadanos, pues los contenedores también pueden estar dentro de las casas; y como el dengue es una ‘enfermedad doméstica’, las autoridades de la salud pública tienen todo el derecho de inspeccionar los dominios privados, en nombre del bien público. La influenza produce un pánico mucho mayor, pues los receptáculos que vigila son, en verdad, cualquier objeto que pueda contener gérmenes – los fomites que hemos ya presentado–, y además los espacios donde puedan haber partículas de aire contaminadas y, claro está, el cuerpo infecto del otro. El dengue les pide a los ciudadanos que identifique los criaderos y elimine las aguas o los recipientes. La influenza les exige a los sujetos que: desinfecten los objetos que usan, hagan asepsia a los baños, ejerzan disciplinadamente el lavado de manos, porten el equipo de bioseguridad (mascarilla). La influenza necesita que las personas incorporen saberes técnicos sobre la limpieza y la higiene individual, y también normas de urbanidad para comportarse saludablemente en espacios de alta concentración social; el dengue, en este sentido, implica prácticas de higiene más loables.

De modo que mientras el dengue evoca una limpieza del ambiente, el AH1N1 está trayendo a la memoria un cuidado mucho más refinado del cuerpo y de la corporalidad. Nos parece que este aspecto tiene una evidente relación con las formas de contagio. Tocar las purulentas llagas de un enfermo con dengue hemorrágico no transmite el virus, pero respirar el mismo aire que un paciente con influenza AH1N1 es ya un contagio seguro. Entonces, la gente sólo tiene que eludir el mosquito del dengue fumigando sus casas y eliminando criaderos, el otro

no es un agente contagioso. Para una enfermera, lidiar con un paciente infectado por AH1N1 es un riesgo enorme, tanto así, que pertenece a uno de los grupos de alto riesgo por esta enfermedad. Cuando el cuerpo ajeno es el receptáculo del contagio, las precauciones deben ser mayores. No basta con limpiar los muebles del cuarto de baño y con lavarse las manos concienzudamente, hay que estar prevenido ante el otro enfermo, hay que tener una higiene del contacto social. Es menester saber cómo comportarse ante la presencia de los sospechosos, pero también adquirir una responsabilidad social, si se es uno de esos casos, para acoplarse al aislamiento social voluntario y ser precavido con los objetos, alimentos y superficies que son manipuladas. Ante un virus de tan altos índices de contagio y propagación, las medidas de bioseguridad deben ser altamente rigurosas y aplicadas conscientemente.

En el fondo, las batallas que emprende la salud pública, a través de estas enfermedades, es con un par de sustancias: el aire y el agua. El agua es el medio en el que se reproducen el vector de la enfermedad del dengue, el aire es el canal por el que circula el virus de la influenza humana. La erradicación de estos dos conductos del mal terminaría para siempre con la pesadilla de estas dos enfermedades: el zancudo del dengue no tendría dónde producir sus huevecillos siniestros y el nanométrico AH1N1 no tendría cómo desplazarse y contagiar el planeta. Dicha acción escapa a los dominios de la humanidad, así que la salud pública ha tenido que concentrarse en otros enemigos que no son exterminables. Esto estableció una batalla sin fin. Una contienda que sólo puede ser ganada a través de un control del comportamiento de los virus y una prevención ante una elevada incidencia. Agua y aire han sido objetos polisémicos a través de la historia de los sentidos y del cuerpo. La limitación de la salud pública ante el exterminio de estos canales de contagio no se debe sólo, ni principalmente, a la incapacidad técnica de su realización; sino a que estos fluidos, fuentes de contagio, enfermedad y muerte, son al mismo tiempo sustancias indefectibles para la vida.

Enfermedad y microbios

Desenterrando la opinión del virrey Espeleta, Renán Silva relata el *miedo* experimentado por los pobladores del virreinato ante una epidemia de viruela en 1782 con cierta incidencia y el *recuerdo* que se mantuvo sobre ésta, hasta mediados del siglo XIX, hasta convertirla en fuente de políticas sanitarias ante epidemias futuras de la misma enfermedad¹. Esta especie de “memoria” que presenta Renán Silva a través del virrey Espeleta nos muestra una de las dimensiones sociales de la enfermedad: su constitución como repertorio histórico y como saber empírico consignado en cierta *memoria colectiva*. La salud pública jamás parte de la nada, y sus controles y programas se erigen en torno a vivencias y episodios anteriores, iguales o relacionados, que pueden traer consigo temores y pánicos. Ciertas frases de los medios de comunicación durante la pandemia por influenza AH1N1 se nos asemejan a la opinión de Espeleta en cuanto al miedo experimentado, o se difunde en este caso. En muchas ocasiones, la pandemia fue asociada a la gripe española de 1918, un virus, como vimos, devastador y que menguó gran parte de la población humana del planeta. Al recordar constantemente este episodio epidémico, cierto *miedo* a la repetición cíclica de la Historia apareció, esta vez, al otro lado del Océano, donde los ciudadanos no dudaron en

¹ Silva, Renán. Op. cit. p. 48.

trasladar una efigie divina y rogar por su cura y salvación. En Cali, el *miedo* jamás se apoderó de la población, pero las autoridades de la salud no dudaron en articular a su plan de contingencia un componente de salud mental, para lidiar con los casos de angustia y esquizofrenia que se pudieran presentar por la pandemia de influenza humana.

La pandemia produjo una tara en la producción económica mundial, llegando a insertarse en los índices de las bolsas de valores más grandes del planeta. Aunque el número de personas contagiadas no es comparable con otras pestes peores, la preocupación de las organizaciones internacionales por combatir la enfermedad y el interés por la producción de una vacuna por parte de las farmacéuticas, presentó el virus de la influenza humana como un agente a punto de salirse de control y de exterminar la especie humana. Este tipo de representaciones de la enfermedad, generaron los impactos en las políticas sanitarias nacionales y locales que ya reseñamos, así como la obediencia a tales directrices. Hechos para nada novedosos, pues un proceso similar se vivió en el país años atrás con la elevación del paludismo a la categoría de plaga mayor², y también con la uncinariasis y los filantrópicos y petrolíferos intereses de la Fundación Rockefeller en su erradicación³.

Los agentes causantes de los dos males aquí tratados son pequeñas partículas vivientes, microorganismos. Los avances técnicos de las ciencias naturales permitieron su descubrimiento y, de allí, su clasificación, conocimiento, dominación y tratamiento⁴. Pero más allá de esto, la ciencia pasteuriana produjo una revolución en los efectos sociales de las enfermedades: no serán más los males aires los causantes de las dolencias, sino estructuras moleculares y proteínicas concretas. Las coloraciones en laboratorios permiten establecer sus propiedades y magnitudes, y el enemigo del ser humano se torna conmensurable y visible, aunque sólo sea a través de los lentes especiales de un microscopio. En realidad, el efecto social que esto produce es que el blanco de las políticas de salud pública se ha materializado y cosificado en un algo concreto. Para Georges Vigarello, el descubrimiento del microbio tiene un efecto doble, ha permitido objetivar la amenaza y ha reforzado la seguridad de la limpieza corporal⁵. Al identificar la amenaza en su minúscula existencia, una higiene más esmerada, exacta, recóndita e individual aparece necesaria. El cambio en el origen de las enfermedades infecto-contagiosas coincidirá en Colombia con las primeras industrializaciones y el primer auge cafetero a finales del siglo XIX⁶, hecho que garantiza complicaciones al sistema de salud por el aumento de los flujos y los contactos urbanos, ahora condenados por unas enfermedades que se transmiten por organismos imperceptibles. El microbio también trajo nuevas prácticas de higiene asociadas a la asepsia, sólo el aseo metódico y constante de las gentes podría ayudar a disminuir los contagios y las muertes por causa de estos terribles males. El descubrimiento de los microbios, además de establecer un blanco en la batalla de la salud pública, contribuyó a la aceptación universal de la tesis según la cual en el desaseo está la génesis de la mayor parte de las enfermedades contagiosas⁷. A pesar de esto, vimos cómo

² Pedraza, Zandra. Op. cit. p. 142.

³ Quevedo, Emilio. Op. cit. p. 194.

⁴ Cf. p. Márquez, Jorge. Op. cit. 56-57.

⁵ Vigarello, Georges. Op. cit. p. 266.

⁶ Márquez, Jorge. Op. cit. p. 81-82.

⁷ Londoño, Alicia. Op. cit. p. 61.

las pugnas contra las enfermedades, de origen microbiano, precisan de un enemigo mucho más visible para tener efectividad social en las poblaciones. Aunque el microbio sea visible en los laboratorios, no lo es en el día a día urbano, así que la salud pública produjo enemigos visibles a todos para que la guerra pudiera ser más objetiva y eficaz. La posibilidad de ver al adversario facilita la batalla, de ahí que el dengue se identifique con el *Aedes Aegypti* y la influenza con el otro infectado, y no con sus virus causantes correspondientes.

Higiene y salud pública

La higiene pública, crítica a los hedores urbanos y descuidos populares, paulatinamente comenzará a reprobarnos algo como nunca antes lo había hecho: las prácticas del pueblo⁸. Siendo esta una característica de un dispositivo tan antiguo como la higiene, supuestamente desaparecido a mediados de la década del siglo XX en Colombia, es recreada por el dispositivo de la salud pública, a través de las dos enfermedades de las que hemos hablado. Marcos Cueto ha dado luces sobre este punto en especial para el caso del dengue en Lima, son las personas con sus hábitos impuros y sucios las que permiten que el dengue se reproduzca⁹. Siendo el dengue una enfermedad definida como problema sanitario por la OPS, la responsabilidad de su incidencia cae, directa o indirectamente, en aquellos que no tienen la diligencia de erradicar los criaderos de sus casas y que se empeñan en acumular aguas en recipientes en sus casas o a la intemperie. En el caso de la influenza, no conocemos con estudios que se hayan dedicado a este tema en particular, pero las estrategias de bioseguridad que inculca esta enfermedad exigen cuidados higiénicos mucho más minuciosos, constantes y responsables. Saber comportarse en el espacio urbano en épocas de pandemia es una puesta en escena de aquella higiene, supuestamente extinta, que cuidaba de la gramática del cuerpo. En efecto, lo que preocupa a las autoridades son las buenas prácticas higiénicas de la población y que cada uno de los individuos las aplique correctamente.

Desde la higiene, como dispositivo, las prácticas de los otros –pobres, sucios, enfermos– estarán en una relación de dependencia determinada por las acciones de los otros¹⁰, y no es otra cosa lo que expresan las políticas de intervención en salud pública. Más con el dengue que con la influenza, los programas de control reproducen una relación en la cual los enfermos-sucios deben esperar a que el dispositivo actúe por ellos, sea efectuando fumigaciones en sus casas, sea educándolos para prevenir y controlar la enfermedad. La salud pública es una forma de gobierno sobre las vidas del cuerpo social, pero evidentemente hay un tipo o clase particular de vidas que requieren más intervenciones, más ayudas que otras. Inclusive las grandes organizaciones de la salud pública refrendan esta relación: los países tropicales, por poner un ejemplo, son un conjunto de territorios que por sus condiciones de pobreza merecen mayor atención y ayuda, que se manifiesta en los reglamentos y directrices estipulados por estos organismos. Que la salud pública incluya una preocupación por la vida no excluye su dimensión política, es más, la fortalece aunque se oculte. Estas relaciones de dependencia, si se quiere, revelan además una doble cara del dispositivo de la higiene que se mantiene incluso hasta la salud pública. Esta doble cara o fachada consiste, por un lado, en

⁸ Vigarello, Georges. Op. cit. p. 186.

⁹ Cf. p. Cueto, Marcos. Op. cit.

¹⁰ Vigarello, Georges, Op. cit. p. 238-239.

las preocupaciones de la salud pública que mira hacia adentro y ve la salubridad de los colombianos, y aquella que ve hacia afuera y nota los intereses mercantiles y económicos. Son esas dos *Colombias* de las que habla Emilio Quevedo¹¹, y que la pandemia por influenza humana nos ilustra mucho más que el dengue, pero éste, incluso al ser una enfermedad endémica de la ciudad, responde también a esa mirada al exterior, preocupada por la imagen de Cali como un lugar peligrosos por las enfermedades tropicales. En realidad, aquellas necesidades interiores pueden estar más ligadas a asuntos como la cobertura de la salud o las condiciones sanitarias inequitativas de algunas zonas de la ciudad. Tópicos mucho menos tocados por los programas de control, por los planes de contingencia y sólo nombrados como circunstancias negativas por instituciones como la OPS y la OMS. En medio de una epidemia, la gente tendrá que adaptarse a las disposiciones aún en dichas condiciones desiguales, de no hacerlo, la respuesta será una condena por falta de higiene y reflexividad en cuanto a la salud pública, que es un asunto de bienestar general y felicidad para todos.

No podemos dedicarnos a recontar el tránsito de la higiene a la salud pública. Sí podemos recordar que la higiene incluía en su núcleo una meta moral que consistía en la transformación de comportamientos ‘propios’ de los sectores pobres de la sociedad, comportamientos que fueron asociados como nocivos para la el bienestar general¹², y también, que en este sentido, la acción contra las enfermedades era una responsabilidad tanto de asistencia social sobre los enfermos y ‘desposeídos’, como de prevención y control de los factores generadores de la enfermedad¹³. Sólo la aparición científica del microbio abriría las posibilidades de intervenir en el cuerpo y en el espacio a través de medidas sanitarias¹⁴. Anterior a ello, la batalla de la higiene era contra miasmas, aires malignos, invisibles e imperceptibles, donde sólo el olfato podía dar algunas pistas de su existencia, de lo sucio, pero nunca podía objetivarse y atacarse de una manera tan frontal como se hizo cuando los virus eran cosificables. Higienizar, pues, era transformar aquellas malas costumbres, pero también mejorar las condiciones de los cuerpos, haciéndolos más fuertes, sanos, vigorosos¹⁵. Higiene y salud pública, más allá de los cambios que puedan existir tras esta mudanza léxica, incluyen una reflexión y acción sobre la vida de las poblaciones, y son estrategias que se materializan a través del refuerzo de la *salud*¹⁶. Un refuerzo de la salud que consiste en atender y planear a la población, como unidad, como raza, como especie, como un cuerpo social que, a futuro, debe crecer en vitalidad¹⁷.

Eventualmente, eso que varias veces ha sido denominado ‘higiene’ siguió un curso histórico en el que la tecnificación y los saberes científicos desplazaron el núcleo moral impregnado por la religión cristiana¹⁸. Es a partir de este momento cuando los estudios sociológicos,

¹¹ Quevedo, Emilio. Op. cit. p. 63.

¹² Cf. p. Noguera, Carlos Ernesto. Op. cit. p. 94.

¹³ *Ibíd.*, p. 180.

¹⁴ Pedraza, Zandra. *Higiene y órdenes sociales en Colombia*. s/f. p. 2.

¹⁵ Cf. p. Kingman, Op. cit. p. 332.

¹⁶ Vigarello, Georges. Op. cit. p. 182.

¹⁷ Laporte, Dominique. *Historia de la mierda*. Valencia: Pre-Textos, 1988. p. 83-84.

¹⁸ Pedraza, Zandra. *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y la felicidad*. Bogotá: Universidad de Los Andes, 1999. p. 110.

históricos y antropológicos, comienzan a referirse a un fenómeno que ya no es la higiene, sino la salud pública. Un dispositivo que interviene en la vida de los sujetos, que gestiona el cuerpo social, a través de políticas sanitarias, obras civiles y sociales, en nombre del bienestar común y, más adelante, de la felicidad. Para Néstor Miranda, uno de los grandes cambios entre uno y otro fenómeno tiene que ver con la cuestión de la prevención¹⁹. Esta ha sido una dimensión que constantemente se nos ha cruzado en nuestro camino. En nombre de la prevención toda política sanitaria es legítima. Aun contra enfermedades endémicas, más presentes y más conocidas en la ciudad, como el dengue, y también contra otros males cuya llegada e incidencia a la ciudad son más bien dudosas. No olvidemos que el plan de contingencia en contra de la influenza humana fue desarrollado bajo el precepto de la posibilidad que la pandemia no llegara a la ciudad, pero asumiendo que así ocurriría.

La sombra de la prevención, su contra-partida, es el riesgo. Aquello que se combate en la salud pública, inclusive más que las mismas dolencias o enfermedades, es el riesgo de adquirirlas. La consecuencia de esto no sólo es la imagen de un dispositivo en constante funcionamiento y vigilancia de lo insalubre, es además un empeño en que los habitantes corrijan constantemente sus malos hábitos en salud, los cuales van desde asistir al médico hasta portar pañuelos desechables para evitar cualquier contagio. La construcción de habitantes con comportamientos ideales en salud es comida de varias investigaciones en salud pública (en este caso, la disciplina), cuyo trabajo consiste en comparar la incidencia de cierta enfermedad en dos grupos, uno de los cuales ha implementado las buenas acciones y el otro no. Sin lugar a dudas, al momento del análisis de los resultados, el primer grupo constituye un patrón a seguir. No son escasas las intervenciones de profesionales en salud pública destinadas a ‘educar’ a los ciudadanos, el telón de fondo de estas acciones es una táctica relativamente nueva de disminución del riesgo en áreas de suciedad y pobreza, o sea, no sanas. La higiene se preocupó, entonces, por aliviar, sanar, evitar el contagio, y cultivar virtudes individuales y de urbanidad, en pos de la civilización y el progreso; pero la salud pública lucha contra el riesgo en nombre de su idea, la prevención²⁰. En otras palabras, la preocupación de la salud pública la ha llevado a emprender luchas con enfermedades e infecciones *inexistentes*. La influenza AH1N1 en Cali representa muy bien este aspecto.

En adelante, la salud, esencia del bienestar y la felicidad, se transformará en una forma de consumo y mantendrá su carácter privilegiado de unos sectores sociales. La higiene se interesaba por dotar a los desposeídos de cloacas y cisternas para depositar sus deyecciones, su carácter era asistencialista; la salud pública no olvida estas acciones, de hecho, hemos visto que varias de las políticas sanitarias se asemejan a las labores de la intervención social o asistencialista, con el fin de mitigar las condiciones deficientes de algunos sectores de la población. El consumo de la salud no se circunscribe a los servicios médicos que las gentes tendrán que costear, los medicamentos que deberán comprar, la indumentaria que tendrá que utilizar –en casos de bioseguridad, por ejemplo–, a esto se suma un universo de productos farmacéuticos y cosméticos, bienes más de lujo, a los que no todos los sectores de la sociedad podrán acceder. Este hecho, no abarcable en este trabajo, nos introduce otra cara

¹⁹ Miranda, Néstor. *La institucionalización de la medicina en Colombia*. Bogotá: Colciencias, 1993.

²⁰ Cf. p. Pedraza, Zandra. Op. cit. p. 153.

de la salud: sus tentáculos han envuelto la belleza y la han equiparado a lo sano y a lo higiénico. Y es que, tal vez, la mayor herencia de la higiene a la salud pública y a nuestros días sea la incuestionable y naturalizada ecuación entre lo sano y lo limpio, o lo correcto y lo limpio. Más allá de esto, la dimensión del consumo de la salud expresa dos situaciones más. La primera es que a pesar de defender un bienestar o una felicidad general, la salud establece diferencias sociales, no sólo entre quienes pueden acceder a los bienes de lujo de la estética, sino, inclusive, entre quienes pueden acceder o no al sistema de salud en sí mismo. En segundo lugar, la salud se erige en la cima de los ideales del cuerpo como inconquistable, exigiendo una búsqueda y una lucha constante por conseguirla que, aun cuando se sabe inalcanzable, se vive en pos de su consecución²¹. Explayándose más allá de los linderos de la belleza y la estética, la salud pública, instrumento para la administración de las poblaciones, ha logrado que éstas consuman de su propio seno. Se ha hecho una necesidad, un requisito de la felicidad, redituable e imposible.

Zandra Pedraza extiende sus análisis a aquel campo de la salud debido a sus intereses analíticos sobre la entrada del cuerpo a la modernidad en Colombia, nosotros hemos permanecido en un sector más ‘tradicional’ de la salud pública, por así decirlo, que son sus formas de lucha contra los males biológicos que arremeten en contra del cuerpo social. A lo largo del trabajo, la tesis central de Emilio Quevedo en su trabajo sobre el tránsito de la higiene a la salud pública en Colombia se nos ha aparecido en el tintero. Varias veces la hemos mencionado ya. En pocas palabras, la salud es un instrumento fundamental de lucha y expansión de las potencias mundiales: francesa, inglesa y estadounidense, para lograr hegemonía económica en los mercados latinoamericanos, consiguiendo mejores condiciones para el comercio y la producción²². Nosotros creemos que, sin desdeñar los intereses económicos que hay en medio del dispositivo de la salud, una hipótesis determinista de este tipo, impide examinar la construcción discursiva del cuerpo humano en gran medida, del cuerpo social en menor medida y de la vida casi en su totalidad. No vamos a negar que existan conflictos de intereses cuando pensamos en agentes como los laboratorios farmacéuticos, los organismos internacionales de salud y hasta las mismas administraciones de algunos países, o en fenómenos más amplio como el turismo de la salud. Claro que “cada crisis puede ser una oportunidad” para algunos, sin embargo, esto no debe hacernos olvidar que la salud pública se preocupa por la educación de las comunidades, por las condiciones sanitarias de algunos espacios urbanos y, en el fondo, porque la población humana subsista, se reproduzca y aumente. De la vida sana del individuo, fuerte y vigoroso, depende la formación de un cuerpo social potente y enérgico, de una raza mejorada, de una mano de obra más productiva, pero también de una sociedad que se reproduce a través de sus individuos.

No por su enfoque teórico, el trabajo de Quevedo debe ser revaluado, de hecho, hay que tener en cuenta la temporalidad que trabaja (hasta mediados del siglo XX), lo cual presenta un panorama muy distinto al que analiza Pedraza (que va hasta la década de los noventa de ese mismo siglo). Emilio Quevedo nos aporta un elemento más en cuanto al tránsito de la

²¹ Pedraza, Zandra. Op. cit. p. 174.

²² Quevedo, Emilio. Op. cit. p. 28.

higiene a la salud pública que tiene que ver con la síntesis varios elementos técnico-científicos, como la microbiología, la parasitología, la epidemiología, la medicina tropical, la entomología, las campañas de erradicación y las teorías administrativas en salud²³. De estos diferentes saberes, dos nos llaman mucho la atención. La epidemiología por un lado, fuente de los programas de vigilancia epidemiológica, es quien mejor encarna las labores de prevención –del riesgo– dentro del dispositivo de la salud. Hemos analizado cómo este saber científico perfilaba los planes de respuesta ante enfermedades, con el fin de hacer seguimiento detallado y permanente a los comportamientos de virus y otros agentes malignos, para posteriormente emitir alertas o emergencias. A los datos e informes epidemiológicos les debemos las ‘urgencias manifiestas’, los ‘desastres nacionales’ y demás. El pensamiento administrativo dentro de la salud es otro tipo de conocimiento que nos deleita, pues al inmiscuirse en estos asuntos, ha generado una *gestión eficiente* del dispositivo y de sus recursos, contribuyendo a sistematizar elementos, a planear políticas, a priorizar gastos, a descentralizar funciones, a cambiar las mentalidades de los funcionarios de la salud, que si alguna vez fueron soldados-educadores, ahora serán soldados-educadores-gerentes. Este saber administrativo ilustra un cambio más interno del dispositivo a nivel de su organización, mientras que la vigilancia epidemiológica se constituye casi en la columna de un dispositivo de salud pública que actúa en contra del riesgo a través de la vigilancia y la prevención.

Lo limpio, lo sucio. El aire, el agua.

No podíamos cerrar sin antes referirnos a un asunto que parece ser una continuidad a pesar de las décadas dentro de la salud pública y la higiene. El aparte anterior nos ha servido para notar que la salud pública, aquello que releva la higiene, en realidad no la reemplaza, sino que la incorpora en sí, y la hace funcionar aunque por otros medios. Algunas herencias de la higiene hemos de encontrar en el dispositivo que se la comió, entre ellas, está la dicotomía entre lo limpio y lo sucio, y su atadura férrea al par sano/insano; además, el repudio a dos sustancias o fluidos que son, al mismo tiempo, fuente de muerte y vida. La ambivalencia del agua y el aire será un problema irresoluble tanto para la higiene, como para la salud pública. En algún momento de la Historia, aquello que era limpio tenía que ver con los vestidos y la ornamentación, con un cuerpo oculto, o más bien exhibido a través de lo que no es orgánicamente suyo²⁴. Este desplazamiento del que habla Georges Vigarello comenzará a elaborar una limpieza que ya no reposa en la exterioridad del cuerpo. Pronto, el hedor y la suciedad serán elementos que se asirán en las mentalidades, la sospecha de la porquería en los cuerpos y en los lugares –no los burgueses, claro está–²⁵ demarca los inicios de una relación naturalizada entre aquello que huele mal y aquello que está sucio, que hoy nos parece tan obvia e incuestionable.

El hedor tiene que ver más con una “revolución sensorial”, en la que el olor *per se* adquiere el lugar de la sospecha. “El olor se convierte en lo innombrable y lo bello surge de la eliminación del olor”²⁶. Esa sospecha sobre el olor, y el olfato como centinela del desorden,

²³ *Ibíd.*, p. 197.

²⁴ Cf. p. Vigarello, Georges. *Op. cit.* p. 174.

²⁵ *Ibíd.*, p. 186.

²⁶ Laporte, Dominique. *Op. cit.* p. 69.

llevará a que sea excluido de la tríada higiene-orden-belleza; cualquier olor no es más que un signo de aquello que no es limpio (incluso moralmente), el buen perfume sólo disimula y una loción bastante fuerte esconde algún vicio o el libertinaje²⁷. El olfato, entonces, se va perfilando como aquel sentido que es capaz de detectar lo malsano²⁸, convirtiéndose en el arma de los higienistas para sus labores de intervención, hasta que los descubrimientos de Pasteur hagan aparecer un enemigo distinto, el microbio, cuando otra revolución sensorial se ha efectuado y la vista ha ascendido al trono de los sentidos, relegando el olfato a una dimensión de la sensualidad y el recuerdo. La guerra declarada a los malos olores, a las secreciones propias, se vulgariza con un desplazamiento económico en el que jabones, aguas de Colonia, casas de perfumería se democratizan²⁹, ampliando su público de clientes y permitiendo que los pobres sucios erradiquen sus emanaciones pútridas. No parece tan difícil comprender que ante un miasma o un olor mefítico, el arma ideal es una inyección de aire puro o un perfume. Otros desafíos generarán los microbios, más hacia las farmacéuticas, que hacia las perfumerías. El sueño de desinfectar se hace realizable, por primera vez, gracias al descubrimiento olfativo³⁰ y a la producción simbólica de lo sucio a través de lo maloliente.

Pronto, la higiene equiparará los focos de infección, lo que hiede, con los sectores populares y pobres de la sociedad, el peligro de lo inmoral y lo sucio se convertirá en el argumento central para su intervención sobre ciertos sectores de la ciudad³¹. En estos momentos, ya no es más el olor el que determina lo sucio, es este sólo un indicador de lo insalubre que la vista, iluminadora sobre la porquería oscura, escudriña, analiza y transforma. Aun así, se mantendrá, por lo menos en Colombia, hasta entrado el siglo XX, la intención de desinfectar los olores de los pobres porque son estos los que huelen mal y los que transmiten infecciones³²; por otro lado, eran los nobles a quienes les correspondía la luz y la limpieza. Lo limpio y lo sucio, más allá de su diferenciación sensorial o higiénica, producen una verdadera diferenciación social y espacial, donde lo pobre y lo sucio son recludos en un mismo espacio; espacio que se torna peligroso y desafiante para la sociedad y que, por tanto, debe ser intervenido a través de profilaxis y asepsias. El funcionamiento de esta dicotomía en el caso del dengue y la influenza es un tanto diferente a como se nos muestra aquí. Con la primera de estas enfermedades, el problema de la suciedad radica en los espacios insalubres, que no son otros que los espacios pobres. Los mapas de riesgo por casos de dengue nos mostraban una coincidencia, no total, entre los focos de infección y los sectores más pobres y con peores condiciones higiénicas. La dicotomía entre lo limpio y lo sucio se refrenda con el dengue debido a la biología misma de la enfermedad que, por proximidad al agua y a las vertientes de ríos, hace de ciertos relieves geográficos zonas endémicas del virus. Vimos que el dengue es casi una enfermedad a la que se la contiene en ciertas regiones de la ciudad, aunque los casos se presenten realmente en gran parte del área urbana. El virus AH1N1 introduce una dimensión de lo limpio que parece englobar a toda la ciudad y la población en un solo manojo. Siendo todos humanos, con igual de posibilidad de contraer el virus, debemos todos

²⁷ *Ibíd.*, p. 86.

²⁸ Corbin, Alain. *Op. cit.* p. 28.

²⁹ *Ibíd.*, p. 218.

³⁰ *Ibíd.*, p. 249.

³¹ Noguera, Carlos Ernesto. *Op. cit.* p. 49.

³² Londoño, Alicia. *Op. cit.* p. 121.

adquirir y aplicar aquellas medidas de bioseguridad e higiene personal; pero al igual que con el dengue, los sectores pobres son visualizados, discretamente, como los más riesgosos dentro de toda la ciudad. A pesar de ser un virus importado a Cali, el AH1N1 muestra una población que no puede enfrentar ni prevenir la enfermedad en igualdad de condiciones a otra, porque no cuenta con recursos suficientes para mantener baños limpios, para adquirir jabones, geles y cubrebocas o para lavar y desinfectar las ropas y utensilios cotidianos a diario, es más, algunas gentes no cuentan ni con baños que limpiar. ¿Es acaso posible desmentir que lo sucio sigue operando como indicador de lo pobre?, ¿que lo maloliente es signo de sospecha y de terror?, ¿que inclusive un perfume fuerte es signo de mal gusto y de falta de clase? La dicotomía entre lo limpio y lo sucio y su asociación con la pobreza nos sigue acompañando hoy, quizá tan impasible que no llega a nuestras fosas su sospechoso olor.

La presencia del aire y su contacto con el cuerpo ha sido, y sigue siendo, un asunto tan favorable como negativo para el organismo. Fuente de oxígeno que debía impregnar y penetrar en el organismo para purificar la sangre y la piel³³, es el mismo conducto por el que circulan los miasmas, los virus, los vapores malignos, lo mefítico, los alientos pútridos, por el que viajan las amenazas a la salud y al vigor corporal. Enriquecido científicamente por el vocabulario que químicos y médicos emplearon para traducir las observaciones sobre los olores, el olfato, los gases y los aires ‘irrespirables’³⁴, se volvieron problemáticos. Según Alain Corbin, los discernimientos sobre la “atmósfera doméstica” y la “atmósfera individual” y sus consecuentes acciones de desinfección de las mismas, produjeron el terror de contaminarse con las emanaciones del otro y, posteriormente, al triunfo del lecho individual³⁵. Así fue como la fuente de oxígeno y purificación de la sangre se hizo el germen de los males y de las sospechas que, en un principio, tuvo que ver con los malos olores que se movían gaseosos en el aire. Con el pasar de los años, el olfato será descalificado, por Kant al excluirlo del campo de la estética, por los fisiólogos al considerarlo un resquicio de la evolución, por Freud al adscribirlo y limitarlo a la analidad, por Buffon al asociarlo a la animalidad y la bestialidad³⁶. Pero el desprecio del olfato no significará en lo absoluto la eliminación de la cautela y la ambigüedad del aire, el código sensorial cambió aunque el canal de contagio se mantuvo. Los microbios, ahora visibles y mensurables condenan la etérea existencia del olor; no condenan ni cuestionan al aire como fluido conductor de infecciones y enfermedades. La circulación de estas sustancias (aire y agua) fue una preocupación característica de la medicina neohipocrática durante finales del siglo XIX y comienzos del XX en Colombia y del siglo XVIII en Europa³⁷, donde cualquiera de las características del aire era peligrosa y el agua era un constante riesgo, puesto que se requería el ingreso de ella al organismo para la supervivencia³⁸.

Aire es el medio de contagio de influenza. Con lo que están lidiando las medidas de bioseguridad no es con otra cosa que con el aire. La sustancia que provee el oxígeno para la

³³ Cf. p. Pedraza, Zandra. Op. cit. p. 339.

³⁴ Corbin, Alain. Op. cit. p. 23.

³⁵ *Ibid.*, p. 180.

³⁶ *Ibid.*, p. 247.

³⁷ Márquez, Jorge. Op. cit. p. 86.

³⁸ *Ibid.*, Op. cit. p. 105.

vida se ha transformado en el conducto del primer virus pandémico y letal del siglo XXI. Cubrir la boca, lavar las manos, no tocar los ojos, desinfectar el baño son prácticas empleadas para erradicar los malos aires, para no contraerlos, aunque ellos ya no lleven este nombre porque el refinamiento científico los ha declarado imprecisos, inexactos, incorrectos. Si se nos permite el anacronismo, diríamos que el AH1N1 se comporta casi como un miasma, pero sería inapropiada la comparación porque la Ciencia no se ha encargado de detectar el hedor del virus, sólo sus magnitudes físicas, visualmente perceptibles. Invisible para un ojo humano sin microscopios, el virus de la influenza humana ataca silencioso a través del aire, y ya ni siquiera el mal olor permite detectarlo. Curiosamente, un baño desaseado y unas manos sucias son señales de sospecha de su presencia, entonces, la relación entre lo mugroso y lo maligno se mantiene, y el virus AH1N1 no ha necesitado poseer ningún olor para que aquello que no se detecta limpio constituya un indicio de su presencia. Nadie dudaría que en un cuarto de baño con retretes donde el agua se derrama y con lavabos mohosos, habita el virus, porque lo pobre es sucio y lo sucio está infectado. La ventilación de los espacios hospitalarios evoca una estrategia de control de hace unos cuantos siglos. Los alientos malignos de los pacientes, contaminando con su presencia enferma los ambientes, merecen ser eliminados, y los sólo aires impolutos y nuevos que arremetan en estos lugares pueden hacerlo. Aire viciado, aire purificable. Inyectar geles y jabones al cuerpo, a las ropas y a los espacios sirve para estar seguros. Estrategias no tan nuevas para un miedo antiguo a una sustancia tan omnipresente como etérea, tan vital como mortífera.

Más ambivalente y equívoca que el mismo aire, es el agua. Varios efectos sobre el cuerpo ha tenido: alteración del ritmo mecánico de los órganos³⁹, emoliente si está caliente, temperante y apaciguadora si está tibia, tonificante y revitalizante si está fría⁴⁰. Comprometiendo la sensibilidad del cuerpo, el contacto con el agua a mediados del siglo XVIII equivalía a atravesar una atmósfera⁴¹, a arriesgar la existencia entrando a otra dimensión del espacio. El agua podrá tener sus propiedades químicas neutras, su color, su olor y su sabor pueden ser, en teoría nulos, inexistentes. Para el cuerpo humano, el agua ha sido siempre un elemento insólito, extraño, sorprendente, “despierta demasiadas intenciones y provoca demasiadas explicaciones”⁴². Finalmente, para la segunda mitad del siglo XIX, la visión científica del agua será más unánime, su efecto en el cuerpo tiene más que ver con la protección y el amparo de amenazas ambientales⁴³, a veces imperceptibles, aun imprecisas, pero siempre sucias, pútridas, enfermas y contaminadas. La pureza, fácilmente atribuida al agua, ha tenido un recorrido histórico, pero al mismo tiempo, se ha producido una doble representación del agua: las pútridas, infestadas por gérmenes, microbios y bacterias; y las sanas, claras, transparentes y salubres⁴⁴.

Los mosquitos del dengue hacen parte de los agentes que infectan el agua y la convierten en una sustancia hedionda, aun cuando su reproducción ocurra en receptáculos con aguas

³⁹ Vigarello, Georges. Op. cit. p. 126.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 129.

⁴¹ *Ibid.*, p. 135.

⁴² *Ibid.*, p. 163.

⁴³ *Ibid.*, p. 224.

⁴⁴ Londoño, Alicia. Op. cit. p. 10.

limpias, y aunque no precisen de la mugre para existir, el vector transforma la cualidad de la pureza del agua, en un potencial mal que atenta contra la salud pública. Así, el combate contra el dengue es una lucha por purificar las aguas o, por lo menos, de librarlas de los organismos patógenos que se asientan en ella, dañándola. Es verdad que el virus del dengue se mueve a través de su vector, pero es el agua lo que permite su ciclo vital y, con ello, la dispersión de la enfermedad entre la población. Así como las políticas de combate en contra de la influenza tenían en el fondo la intención de purificar los aires infectos, las estrategias de control contra el dengue, tienen como objetivo el saneamiento de las aguas. Estos fluidos, garantes de la vida humana, han sido contaminados por agentes minúsculos y, como las sustancias no pueden ser eliminadas por su carácter imprescindible para la vida humana, los esfuerzos recaerán en el exterminio de aquellos bichos y microorganismos molestos. En nombre de la vida, de la prevención, del bienestar y de la felicidad, las autoridades de la salud pública han tomado la responsabilidad de intervenir sobre estos fluidos primigenios que hoy, después de tantos siglos, siguen siendo, para el cuerpo, sustancias de dudosa reputación.

Conclusiones

Desde mediados del siglo XX puede pensarse en un proceso de descentralización de la salud pública, en términos institucionales, que termina consolidándose en Colombia, jurídicamente al menos, a través de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993. A partir de este momento, las instituciones de salud se gestionarán como Empresas Sociales del Estado, con organigramas jerárquicos definidos, personal administrativo y políticas de manejo de recursos e inversiones, como cualquier empresa hace. Respecto a esta transformación, cuya efectividad es cuestionada a diario por las crisis de cobertura y atención, hay dos aspectos que nos interesan particularmente. El primero de ellos es la irrealizable autonomía de los sistemas de salud más locales, que siguen dependiendo de aquellos con mejores recursos técnicos y científicos, ubicados en espacios más centrales del país. Esta dependencia es la causante de muchos desfases en términos de tiempo y atención a personas, que deben esperar respuestas o mensajes de las instituciones centrales, para que los procedimientos que les corresponden sean efectuados. Estos desfases implican, además, complicaciones en los flujos y canales de información, por los cuales se presentan situaciones de desinformación en instituciones de salud.

Ambas condiciones delimitan un proceso de descentralización accidental y no tan gradual, como tal vez debió ocurrir, en el que los sistemas de salud pública locales dependen de los recursos transferidos desde el gobierno central, pero también de sus disposiciones y de sus mejoras técnico-científicas. Esto es, sin embargo, sólo una esquina del paisaje, pues esos sistemas de salud nacionales tampoco son autónomos en su totalidad. Aunque pueden determinar intervenciones y políticas de acuerdo con problemas y necesidades del territorio propio, sus acciones en salud 'deben' estar siempre articuladas a las directrices de organizaciones internacionales de salud -como la OPS y la OMS-, las cuales definen las agendas sanitarias de los países miembros, patrocinan nuevos procedimientos y descubrimientos en salud, y establecen las vanguardias en salud pública y la tecnología sanitaria de punta. La autonomía no será un concepto suficiente para que los países adquieran mando absoluto sobre sus sistemas de salud, estarán siempre bajo el *abrigo* de aquellas organizaciones, y la salud, como fuente de protección de la vida, es un argumento siempre muy convincente para permitir este tipo de intervenciones, quizá no tan materiales. Además, defender la salud pública no es solamente cuidar a las poblaciones, es también, como hemos visto, proteger la economía internacional, la imagen de la ciudad o nación y potenciar un mercado de consumo en sí mismo.

Aun en estas condiciones, los sistemas de salud deben funcionar. Aun con sus tremendas deficiencias de infraestructura y recursos, los aparatos de salud pública deben responder a las epidemias o pandemias mundiales y, después, a las nacionales y locales. Es aquí cuando la difusión mediática adquiere protagonismo, pues es una de las fuentes a través de las cuales se produce discursivamente el contagio, el pánico y el temor, pero también a través de las cuales se construye y se problematiza la enfermedad. Sólo cuando se da a conocer a los ciudadanos una situación de alerta, emergencia o desastre, la epidemia o pandemia ha sido creada. Estas denominaciones, como 'desastre nacional' o 'urgencia manifiesta' son más que meras

etiquetas. Los documentos nos revelan una especie de lista oculta donde están categorizadas cada una de estas disposiciones, siendo cada una de ellas medidas jurídicas que otorgan a la entidad político-administrativa la capacidad de depurar recursos, locales o nacionales, en pos de resolver dicho episodio. Los criterios para declarar cualquiera de estas situaciones son más bien propios de cada territorio, no hay normativos claros que establezcan cuándo un país puede acudir a tales medidas jurídicas, así que, prácticamente, cualquier evento de salud pública con cierta magnitud es potencialmente un desencadenador de un ‘desastre nacional’ o una ‘emergencia sanitaria’. La dependencia a modelos extranjeros aparece aquí menos obvia, pero la influenza AH1N1 nos ha mostrado cómo el país declaró su ‘desastre nacional’ casi que por anuncios de la OMS. Y ante este panorama nacional, Cali no podría hacer otra cosa que acomodarse y comenzar a ejecutar las políticas sanitarias ‘sugeridas’, tanto por el gobierno nacional, como por las instituciones internacionales de salud.

En Cali, el sistema de salud pública es un punto para destacar en el país. Su imagen como una de las ciudades más avanzadas y con mejores condiciones a este respecto se ha mantenido. El despliegue del turismo de salud en la ciudad ha contribuido también a zanjar esta imagen. Aunque los paros de trabajadores y crisis hospitalarios nunca han cesado, y los déficits de cobertura en la ciudad no son del ciento por ciento, se ha creado la idea de la gran efectividad del sistema de salud de Cali, sobre todo al momento de responder con celeridad y presteza a brotes epidémicos, hecho que nos lleva al desarrollo del componente preventivo en la salud. Varios autores han mencionado ya que la prevención no es una preocupación nueva, puede rastrearse desde antes de mediados del siglo XX, cuando los dispositivos higiénicos comienzan a pensar la posibilidad de evitar el contagio y la propagación de las enfermedades, antes de sus picos. Lo que nos interesa aquí es la magnitud que esta dimensión de la salud ha alcanzado. El recuento de las estrategias de acción y control contra el dengue y al influenza AH1N1 nos han manifestado el conjunto de acciones que se emprenden en nombre de la prevención. La batalla ha dejado de ser en nombre de la enfermedad –aunque es obvio que también se busca erradicarla– para convertirse en una lucha contra el riesgo, que es el enemigo de la prevención.

Ante enfermedades que no se presentan todavía, o cuyos índices de incidencia son menores, uno de los núcleos de intervención es el despliegue mediático y la educación de la comunidad en buenas prácticas de higiene y salud. Evitar una futura epidemia es un móvil suficientemente sólido como para financiar todo tipo de acciones en este sentido. Los rubros de lo que el sistema de salud de Cali invierte anualmente en la erradicación del dengue servirían para subsanar las deficiencias más estructurales del aparato, pero el dengue se ha transformado en una prioridad por su carácter endémico en la ciudad y también porque la OPS ha descubierto una reemergencia del virus por el abandono de los planes de control contra él. Dejar al garete estos programas significaría desobedecer a la organización nuevamente y atentar contra la salud pública. Esto sólo si consideramos los gastos en difusión de medidas preventivas y campañas de educación, pues la compra de venenos y equipos de fumigación y los costos de personal son otros gastos que habría que sumar a las cuentas finales de la factura del dengue. La influenza humana exhibió un contexto diferente, en el que el dispositivo de salud pública debió gestionar recursos ágilmente para emprender campañas de prevención masivas en todos los medios, y posteriormente para adquirir las

vacunas para eliminar finalmente el virus. Bajo el ‘desastre nacional’, todos estos dineros pudieron conseguirse más rápidamente, pero no ocurre lo mismo con los desfalcos y las malas administraciones de ciertas ESE, o con la falta de recursos de ciertas instituciones o sus condiciones físicas paupérrimas, precisamente en las zonas más estigmatizadas por las enfermedades y las circunstancias sanitarias en la ciudad. No dudamos que la salud contenga una preocupación por la vida de las poblaciones humanas, pero separarla de las dinámicas del poder y de la economía política sería infructífero. La naturalización que ha sufrido la salud pública parece aislarla de estas dos dimensiones estructurales de la realidad social; precisamente la puesta en escena del dispositivo, a través del dengue y la influenza humana, nos ha permitido develar dinámicas estructurales de la ciudad, como que la preocupación por la población sigue estando asida a disposiciones e intereses externos, y, al mismo tiempo, debe responder a las necesidades endógenas del territorio. ¿Será acaso que el enorme universo social que pretende abarcar la salud pública se le desborda?

El análisis de las acciones emprendidas por el dispositivo de la salud pública también nos permitió hablar del carácter mediático de las enfermedades y los usos de los medios de comunicación en las políticas sanitarias. El dengue, y más la influenza humana, mostraron la trascendental labor que tuvieron los medios masivos para la construcción y elaboración en la población de estos males como problemas de índole colectiva. Fue a través de la prensa, de la televisión, de la radio, de la internet, que los virus llegaron también a la ciudad, de hecho, en Cali, la pandemia llegó mucho antes gracias a los anuncios que circularon desde la OPS y la OMS. La vigilancia epidemiológica tendría una incidencia muy limitada en la vida social si no contara con canales amplios de difusión para llegar (al menos en potencia) a todos los sectores de la ciudad. Pero no es sólo la producción social de las enfermedades el papel de los medios de comunicación; la otra cara de su uso es la *pedagogía* de los sujetos. Mediante estos mismos canales, los mensajes de las buenas prácticas, las conductas saludables y las estrategias preventivas llegaron a los ciudadanos. Se nos presenta mucho más clara la relevancia de lo mediático en los presupuestos de los planes de contingencia en los que, como vimos, la comunicación social en salud es uno de los ítems con jugosas inversiones. Desde el material impreso, como volantes, hasta comerciales televisivos, los medios de comunicación aparecen como estrategia de educación masiva de la población para que aprendan a prevenir los males.

Desde hace años se ha ido perfilando un enemigo más peligroso que la enfermedad misma: el riesgo. Si miramos retrospectivamente los dos episodios que hemos analizado aquí, la mayoría de las políticas de salud estuvieron enfocadas a prevenir la enfermedad, es decir, a disminuir el riesgo. Esto, el riesgo, es casi una táctica de intervención sobre los habitantes. No sólo da pie para evaluar si es pertinente una acción sanitaria o no. Hemos visto también que el saber epidemiológico tiene como fin descubrir las enfermedades que pueden producir cierto riesgo en la ciudad e informar inmediatamente a las autoridades de salud para que emprendan las medidas respectivas; pero el riesgo también sirve para calificar las personas. A través de ciertos estudios, científicos claro, se decide si una persona, grupo o sector social se encuentra en ‘riesgo relativo’, en ‘mayor riesgo’ o en ‘alto riesgo’ por cualquier amenaza. Además de su capacidad de describir la población y de intervenir sobre ella, el riesgo posee la cualidad de la perennidad, es decir, es inextinguible. No importa cuántas vacunas, fumigaciones, desinfecciones, erradicaciones, campañas, difusiones, etc., se hagan, el riesgo

siempre, siempre, existirá; puede reducirse al mínimo –empresa, por definición, casi irrealizable–, puede mitigarse, pero jamás eliminarlo. El clima es una de las variables independientes que generan inquietudes a las autoridades de salud y les produce la sensación de la existencia de un riesgo, por lluvias, por sequías o ventiscas.

Para enfrentarse al riesgo, un conjunto de hechos que por alguna razón son amenazantes, está la prevención, un escudo ante factores potencialmente peligrosos, que podrían o no cosificarse, aspecto que no genera grandes discusiones, puesto que en nombre de disminuir el riesgo, cualquier acción preventiva es justificable. El dengue y la influenza nos han mostrado todo un repertorio enorme de acciones en contra del riesgo de contraer estos virus, no vamos a listarlas nuevamente aquí, tan sólo recordar todo el conjunto de saberes científicos y administrativos dedicados a investigar y gestionar el riesgo de contagio en las poblaciones. Tal vez una de las transformaciones más importantes de la salud pública, al lado de sus cambios organizacionales por la descentralización, sea el perpetuo refinamiento del combate desde la trinchera de la prevención. Este componente de la lucha del dispositivo de la salud pública ha logrado naturalizarse por completo en los manuales, planes y lineamientos de las organizaciones internacionales de salud. Un sistema de salud funcional hoy día, se define por su nivel de preparación para las amenazas, es decir, la prevención del riesgo. Esto, adicionado al hecho que las enfermedades se vuelven problemas importantes de acuerdo con ciertos intereses, nos hace cuestionar el carácter ‘colectivo’ que se imputa la salud pública a sí misma. Igualmente, nos hace recordar que el dispositivo debe lograr conciliar las necesidades internas con las demandas extranjeras, aunque parece claro que son éstas últimas las que dirigen mayoritariamente las intervenciones sanitarias.

La salud pública también nos permitió hablar de una vieja relación entre enfermedad, suciedad y pobreza, que parece mantenerse hasta ahora. La higiene, sobre todo, se encargó de forjar la asociación entre lo sucio, lo pobre y lo feo; pero es la salud pública (como conjunto de saberes, normas y prácticas) la que teje más firmemente ata lo enfermo a este conjunto de equivalencias. Los focos de infección, como los construidos por la evaluación epidemiológica del riesgo por dengue, sectorizan la ciudad, refrendando la coincidencia entre lo pobre, lo sucio y lo enfermo; la influenza lo muestra mucho menos en los mapas de la ciudad, pero sí en la correspondencia entre los sectores con peores condiciones sanitarias y económicas, a los que se les hace irrealizables las medidas de bioseguridad que requiere la prevención del contagio para este virus. Más ampliamente, la salud pública, en nombre del bienestar general y de la felicidad, está pensada como privilegio para algunos, por el acceso a la cobertura de salud y también por la capacidad real de ejecutar las medidas de control y mitigación del riesgo que el dispositivo dictamina. Al mismo tiempo, como vimos, es un estado casi ideal, al que los individuos sólo pueden dedicarse constante y diariamente con el fin de preservarla al máximo, o de no perderla. Evitar enfermedades es sólo una de las caras de este infinito proceso, en el que la estética y la belleza también intervienen; pero estos dos últimos ámbitos se nos hacen inabarcables aquí.

Al hablar de lo limpio y lo sucio en cuanto a la salud, un nuevo elemento de análisis se nos cruzó en el camino, y es que cuando nos referimos a las luchas en contra de las enfermedades, más allá de los propios virus, eran los canales de conducción del contagio, los

que, en el fondo, parecían preocupar a las autoridades de salud. El aire y el agua se nos fueron perfilando como fluidos que requerían ser purificados. Aunque las políticas de prevención y erradicación jamás mencionen directamente al agua y al aire como los responsables de los males, las principales estrategias reposan en la idea de desinfectarlos; ya hemos dicho que, por un lado, el dengue ubica los reservorios de aguas limpias como sus progenitores, mientras que la influenza humana se propaga a través de los vientos contaminados por gérmenes. Nos hemos aproximado someramente a las visiones contradictorias del agua y del aire como una continuidad que ha permanecido y que se expresa hoy en las políticas sanitarias que buscan controlarlos.

Tal vez no haya temor o repudio similar al que es generado por un vapor mefítico que circula por allí o por aguas negras o amarillentas escurriendo por los bordes de los baños. ¿Cómo no asumir que estos dos estados de los fluidos son malignos para la salud?, ¿que son sucios?, ¿que se encontrarían comúnmente en asentamientos de gentes pobres? La naturalización de una relación de hace siglos nos hace casi imposible separar estas tres categorías del mundo social. Asimismo, aguas pútridas y aires mefíticos nos parecerán siempre peligrosos, mientras que en su estado cristalino son fuentes de vitalidad y vigor para el cuerpo humano, y para el funcionamiento de la ciudad, el cuerpo social. Cuidar de estos fluidos, desinfectarlos y mantener a la población abastecida con ellos, es una responsabilidad fundamental de la salud pública; dicha responsabilidad se hace crucial porque el contacto permanente e ineludible con ellos es requisito para la salud y el bienestar. Al mismo tiempo, esto los hace ser potencialmente más riesgosos en caso de sufrir algún daño: transportarían las enfermedades y los males en un santiamén.

En fin, un análisis de la puesta en escena del sistema de salud pública nos ha mostrado un panorama sobre el manejo de las poblaciones que nos parece interesante y, como fenómeno social, la enfermedad ha permitido decir algunas cosas sobre la ciudad de nuestro caso, que es Cali, sin poder aislar de sus relaciones con otros lugares. La dependencia del sistema de salud ante los recursos técnicos de otras regiones del país y del mundo, y la respuesta ‘obediente’ a las disposiciones de los organismos internacionales, fue un factor importante. Junto a esto, consideramos el desarrollo de la prevención como objetivo fundamental de la salud pública, que implica combatir el riesgo, es decir, las amenazas, plagas y epidemias que no están necesariamente presentes pero que tienen cierta remota posibilidad de ocurrir. El desarrollo del saber epidemiológico es, con certeza, la pieza clave de la prevención, dada su función de seguimiento detallado y continuo de todos los virus y brotes en los territorios y la necesaria notificación a las entidades de salud pública. Además de la diada riesgo/prevenición, la recreación de la ecuación entre lo sucio, lo pobre y lo enfermo es un efecto del dispositivo de la salud pública tal como lo conocemos; nos parece que esta relación, y la valoración ambivalente de aquellos fluidos primigenios, son herencias de la higiene (como conjunto de normas prácticas y saberes), probándonos, a lo mejor, que la salud pública la introdujo dentro de sí, sin olvidarla ni reemplazarla del todo. Hablamos también de la importancia del despliegue mediático ejercido y usado por el dispositivo de la salud pública, tanto para crear discursivamente las epidemias como riegos y amenazas que posteriormente se encargaría de prevenir, como para ejercer labores de comunicación social y promoción de la salud,

educando a los ciudadanos en la adquisición de buenos hábitos en salud y prácticas higiénicas.

El asunto más sugerente sobre la salud pública es uno que los casos aquí mostrados apenas nos sirvieron para mencionarlo. Defendimos que la salud pública, aunque puede estar impregnada por intereses económicos, posee en su núcleo una reflexión sobre las poblaciones, su administración, su bienestar y su felicidad. Sin embargo, vimos también que la salud pública posee intereses económicos en sí misma, y son aquellos relacionados con el comercio de medicamentos y equipos médicos, de los que ciertamente no hablamos mucho acá. Estos costos económicos revelaron un tema interesante, trabajado por algunos estudios de salud pública o estimaciones estadísticas nacionales, que es el costo de las epidemias en ciudades o países. Los datos con los que contamos no nos permitieron llegar a establecer el costo de la urgencia manifiesta por dengue o pandemia por influenza humana, pues vimos que además, habría que considerar una serie de presupuestos que incluyeran los servicios médicos, por ejemplo, y hasta calcular las pérdidas por ausencias laborales debido a los contagios. Operaciones de este tipo exhiben el carácter económico que adquiere la salud, o que más bien, siempre ha tenido, pero no había podido llegar nunca a un desarrollo técnico tan preciso.

Existe, no obstante, un aspecto mucho más sugerente que éste dentro de los efectos producidos por la salud, como dispositivo. Cuando la salud logra incorporar la belleza a sus dominios, haciendo equivar lo sano a lo bello, surgen una serie de productos y artículos cosméticos y farmacéuticos que transforman a la salud en un verdadero espacio de consumo; pero también surgen mercados nuevos como el turismo de la salud, el cual elabora a la ciudad como un servicio comercializable, al tiempo que permite crear marca de ciudad. Con las lógicas productivas que están incluidas dentro de la enfermedad como fenómeno, con los rubros relacionados con el funcionamiento administrativo organizacional de las instituciones, y con la apertura y consolidación de estos nuevos mercados, la salud pública se consolida paulatinamente como un aparato enorme de intervención sobre la vida humana entrecruzándola, como nunca antes y de manera más visible, con la economía. Así, la salud: bienestar, felicidad, belleza, limpieza, sanidad, vida; se ha perfilado como un bien de consumo -aunque de lujo-, en todos los sentidos de la palabra.

Bibliografía

Fuentes

- Acuerdo 43 de 1938 del Municipio de Santiago de Cali
- Alcalá, Armando; Vega, Rodolfo; Arango, Pedro. *Dengue en Barranquilla. Aspectos clínicos y epidemiológicos*. En: Acta Médica Colombiana. Vol. 24. No. 6, 1999.
- Álvarez, Alba María; Andrus, Jon. *Consideraciones para la vacunación en caso de una pandemia de influenza*. En: Med UNAB. Vol. 8, No. 3. Bucaramanga, 2005.
- Barrera, Roberto et al. *Estratificación de una ciudad hiperendémica en dengue hemorrágico*. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 8, No. 4, 2000.
- Bayard, Vicente; Quiroz, Evelia; Mojica, Jesús. *Reemergencia del dengue en Panamá*. En: Revista Médica de Panamá. Vol. 21, No. 3. Ciudad de Panamá: Academia Panameña de Medicina y Cirugía, 1996.
- Benenson, Abram. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Washington D.C.: OMS-OPS, 1992.
- Bergonzoli, Gustavo. *Pandemia por influenza aviar, ¿mito o realidad?*. En: Med UNAB. Vol. 8, No. 3. Bucaramanga, 2005.
- Camiruaga, Elexpuru. *La epidemia de gripe de 1918 en Bilbao*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1985.
- Carrasquilla, Gabriel. *Los retos de la salud pública en Cali*. Cali: Universidad Icesi-Polis, 2007.
- Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). *Prevención y control de la influenza*. En: Médico Interamericano. Vol. 15, No. 10, 1996.
- El País. 1993-2010.
- Fajardo, Paulina et al. *Nociones populares sobre “dengue” y “rompehuesos”, dos modelos de la enfermedad en Colombia*. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 10, No. 3, 2001.
- García, Jairo; Boshell, Francisco. *Modelos de simulación y predicción del comportamiento del dengue en cuatro ciudades de Colombia, incluyendo el clima como variable moduladora de la enfermedad*. En: Revista Meteorología Colombiana. No. 8. Bogotá, 2004.
- Gómez, Laureano. *Interrogantes sobre el progreso en Colombia*. Bogotá: Populibro, 1928.
- González, Gerardo; Méndez, Ángela. *Dengue: Una enfermedad con múltiples manifestaciones*. En: Revista Médicas UIS. Vol. 14, No. 2, 2000.
- Gould, Fred; Magori, Krisztian; Huang, Yunxin. *Enfermedades transmitidas por mosquitos*. En: Revista Investigación y Ciencia. No. 359, 2006.
- Guhl, Felipe. *Medicina Tropical*. En: Acta Médica Colombiana. Vol. 24. No. 6, 1999.
- Gutiérrez, Enrique. *Impacto de la infección por virus de la influenza*. En: Infectio. Vol. 4, No. 2. Medellín: 2000.
- Gutiérrez, Enrique; Gutiérrez, Jorge. *Influenza: ¿enfermedad suficientemente conocida?*. En: Pediatría. Vol. 39, No. 3, 2004.
- Instituto Nacional de Salud. *Actividad de influenza en Colombia y en el mundo, 1998-2000*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 5, No. 7. Bogotá: INS, 2000.
- Instituto Nacional de Salud. *Brote letal de influenza A*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 5, No. 7. Bogotá: INS, 2000.

- Instituto Nacional de Salud. *Evaluación epidemiológica del dengue hemorrágico en Colombia*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 2, No. 19. Bogotá: INS, 1997.
- Instituto Nacional de Salud. *Impacto de la infección por el virus de la influenza*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 5, No. 7. Bogotá: INS, 2000.
- Instituto Nacional de Salud. *Influenza: vigilancia centinela del virus*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá: INS, 1999.
- Instituto Nacional de Salud. *Informe quincenal epidemiológico nacional*. Vol. 4, No. 8. Bogotá: INS, 1999.
- Instituto Nacional de Salud. *Instructivo para recolección, conservación y transporte de muestras*. Bogotá: INS, 2009.
- Instituto Nacional de Salud. *Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda*. Bogotá: INS, 2011.
- Instituto Nacional de Salud. *Recomendaciones para la recolección de muestras de pacientes con Dx de caso sospechoso de nuevo virus de influenza A H1N1*. Bogotá: INS, 2009.
- Instituto Nacional de Salud. *Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios en Colombia, enero del 2000 a 21 de julio del 2001*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 6, No. 17. Bogotá: INS, 2001.
- Instituto Nacional de Salud. *Vigilancia en salud pública de influenza y otros virus respiratorios*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 2, No. 19. Bogotá: INS, 1997.
- Instituto Nacional de Salud. *Vigilancia de la influenza durante 1998*. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. Vol. 4, No. 13. Bogotá: INS, 1999.
- Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Algoritmo para atención clínica de casos de dengue y dengue grave*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2009.
- Instituto Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Guía de atención clínica integral del paciente con dengue*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2010.
- Izurieta, Héctor. *Influenza: aspectos epidemiológicos básicos para el desarrollo de vacunas*. Washington D.C.: OPS, s.f.
- Jaramillo, Carlos; Álvarez, Gilberto; Granados, René. *Dengue y dengue hemorrágico en Colombia desde la colonia hasta 1995*. En: Revista Tribuna Médica. Vol. 95, 1997.
- Ley 100 de 1993 del Congreso de la República de Colombia.
- Lloyd, Linda et al. *Comunicación, movilización y participación: Lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre de dengue (FD)*. En: Investigación y Desarrollo. Vol. 14, No. 1, 2006.
- Maldonado, María Cristina; García, Patricia; Méndez, Fabián. *Qué saben, qué hacen y cuál es la participación de los líderes en la prevención del dengue. El caso del barrio Floralia de Santiago de Cali*. En: Prospectiva No. 14. Cali, 2009.
- Ministerio de la Protección Social. *Circular No. 00000055*. Bogotá, 2010.
- Ministerio de la Protección Social. *Preservación de los servicios básicos*. Bogotá, 2010.
- Organización Mundial de la Salud. *La gripe H1N1 está ahora en el período post pandémico*. OMS, 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. *Boletín sobre el dengue, la fiebre amarilla y el Aedes Aegypti*. Organización Panamericana de la Salud, 1978.

- Organización Panamericana de la Salud. *Brote de dengue en Brasil: seguimiento*. En: EER Noticias. Vol. 4, No. 7, 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. *Brote de dengue en Paraguay continúa en declinación*. En: EER Noticias. Vol. 4, No. 8, 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C.: OPS, 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico*. Nota descriptiva No. 117, 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. *El GT-Dengue Internacional: Grupo de trabajo focalizado en la lucha contra el dengue*. Disponible en el sitio web de la OPS: <http://new.paho.org/hq/>
- Organización Panamericana de la Salud. *Lista de chequeo para planear preparación pandemia influenza para agencias humanitarias en situaciones de desplazamiento y refugiados*. Washington D.C.: OPS, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. *Programa Regional de Dengue*. Disponible en el sitio web de la OPS: <http://new.paho.org/hq/>
- Organización Panamericana de la Salud. *Situación de dengue en Bolivia*. 2006.
- Organización Panamericana de la Salud; Centers for Disease Control and Prevention. *Protocolo genérico para la vigilancia de la influenza*. Washington D.C.: OPS, 2006.
- Patiño, Patricia; Acosta, Patricia. *La descentralización de la salud en el municipio de Cali 1980-1995*. Tesis (Especialista en Administración Pública). Cali: Universidad del Valle, 1995.
- Pérez, Javier; López, Raúl. *La lucha contra el dengue*. En: Revista National Geographic. Vol. 28, No. 3, 2011.
- Revista El Hospital. *Se notifican nuevos brotes epidémicos de dengue en el continente americano*. Vol. 51, No. 6, 1996.
- Salgado, Helí. *Influenza: actualización de conceptos*. En: IATREIA, Revista Médica de la Universidad de Antioquia. Vol. 15, No. 4. Medellín: 2002.
- San Martín, José Luis; Prado, Mónica. *Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas*. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 15, No. 2, 2004.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *3.000 voces del colegio Compartir se unieron para declarar la guerra al dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Boletín de la Alcaldía sobre el Dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Boletín de prensa No. 4212.04-156. Administración municipal toma medidas preventivas*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Boletín de prensa No. 4212.04-161. Administración municipal lidera prevención contra la influenza*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Buenas y malas prácticas clínicas en el paciente con dengue*. Organización Mundial de la Salud, 2009.

- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Capacitación sobre dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Diez años de la salud en Santiago de Cali. 1990-1999*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Documentos históricos: Constitución y construcción del edificio. Instituto de Higiene Social. Cali, Colombia: 1948-1956*. Cali, s.f.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Influenza porcina*. Cali: Programa Amplia de Inmunizaciones - Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Información general sobre la Secretaría de Salud Pública*. Información en línea, disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/>.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue. Versión 2*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe de gestión en salud pública*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Informe del funcionamiento de las ESES municipales presentado al Concejo de Santiago de Cali*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2008.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *La municipalización de la salud en Santiago de Cali: Un proceso de cambio social: Un compromiso con Colombia*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 1992.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Los reclusos e internas de las cárceles de Cali atendieron el llamado para combatir el dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Medidas preventivas para mantenerse saludable*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan chécheré; por una Cali libre de criaderos de alias "el patiblanco"*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de articulación de la atención para la pandemia humana*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de Santiago de Cali*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de Santiago de Cali. Lineamientos para entidades educativas*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de contingencia frente a la pandemia de influenza AH1N1 en el municipio de Cali. (Versión final)*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Plan de respuesta municipal contra la pandemia de influenza AH1N1*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Presentación para los centros comerciales*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.

- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Rendición de cuentas, primer semestre de 2009*. Cali, Secretaría de Salud Pública, 2009.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 1. Cali, 1989.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 4. Cali, 1989.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 5. Cali, 1989.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS*. Tomo 6. Cali, 1989.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Taxistas de Cali, se unen contra el dengue*. Cali: Secretaría de Salud Pública, 2010.
- Sussmann, Otto. *Resfriado común e influenza*. En: Acta de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Vol. 33, No. 4. Bogotá, 2005.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Vector Topics: Biología y control del Aedes Aegypti*. Atlanta, 1980.
- Vargas, Manuel Antonio. *Influenza: agente etiológico, manifestaciones, diagnóstico, prevención y control*. En: Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Vol. 47, No. 2. Bogotá, 1999.
- Villoro, Juan. *La angustia de la influenza*. En: Revista Número. No. 63, 2009.

Literatura Secundaria

- Alvarado, Solney. *Aproximación histórica a la salud pública en la Tunja del siglo XIX*. En: Martínez, Abel; Alvarado, Solney; Carvajal Juan Fernando. *Aproximación histórica a la medicina y a la salud*
- Appadurai, Arjun. *Paisajes étnicos globales: apuntes e interrogantes para una antropología transnacional*. En: *La modernidad desbordada: dimensiones culturales de la globalización*. México: Fondo de Cultura Económica, [1996]2001.
- Armus, Diego. *Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna*. En: Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.
- Ávila, Laura Paola. *La prostitución en Cali a principios del siglo XX: un problema de grandes dimensiones para la salud y la higiene*. En: *Prospectiva*, No. 13. Colombia: Universidad del Valle, 2008.
- Bachelard, Gaston. *La poética del espacio*. Colombia: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Barrera, Luis Alejandro. *La investigación en ciencias biológicas y su contribución al país*. En: *Revista Nómadas*, No. 7, 1997.
- Bejarano, Jesús Antonio. “El despegue cafetero (1900-1928)”. En: Ocampo, J. A. (Comp.). *Historia económica de Colombia*. Bogotá: Siglo XXI Editores, pp. 173-208.
- Comaroff, Jean; Comaroff, John. *Ethnography on an awkward scale. Postcolonial anthropology and the violence of abstraction*. En: *Ethnography*. Vol. 4, No. 2. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 2003.
- Corbin, Alain. *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México: FCE, 1987.

- Cueto, Marcos. *Cólera y dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: Salud y la cultura de la sobrevivencia*. En: Kingman, Eduardo (Comp.). *Historia social urbana. Espacios y flujos*. Quito: FLACSO, 2009.
- Cueto, Marcos. *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, 2004.
- Cueto, Marcos. *Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana. 1918-1940*. En: Cueto, Marcos (Ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: OPS-OMS-IEP (Instituto de Estudios Peruanos), 1996.
- Espinal, Cruz Elena; Ramírez, María Fernanda. *Cuerpo civil, controles y regulaciones*. Medellín: Fondo Editorial de la Universidad EAFIT, 2006.
- Fassin, Didier. *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud*. En: *Revista Colombiana de Antropología*. No. 40. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2004.
- Foucault, Michel. *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores, 2007.
- Foucault, Michel. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI Editores, 2007.
- Foucault, Michel. *Nacimiento de la biopolítica*. En: *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Foucault, Michel. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XX, 2000.
- Hacking, Ian. *Making up people*. En: *Historical Ontology*. Estados Unidos: Harvard University Press, 2002.
- Hannerz, Ulf. *Exploración de la ciudad. Hacia una antropología urbana*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1986.
- Kingman, Eduardo (Comp.). *Estudio introductorio: lo urbano, lo social: la historia social urbana*. En: *Historia social urbana. Espacios y flujos*. Quito: FLACSO, 2009.
- Kingman, Eduardo. *La ciudad y los otros. Quito 1860 - 1940*. Quito, Ecuador: FLACSO - Universidad Rovira e Virgili, 2006.
- Laporte, Dominique. *Historia de la mierda*. Valencia: Pre-Textos, 1988.
- Lefebvre, Henri. "La producción del espacio". En: *Papers: Revista de sociología*, No. 3, pp. 219-229, 1974.
- Londoño, Alicia. *Londoño, Alicia. El cuerpo limpio. Higiene corporal en Medellín 1880-1950*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008.
- Mariño, Consuelo; Hernández, Mario. *Antropología e historia local: aportes para el trabajo epidemiológico*. En: Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa; Garay, Gloria (Comp.). *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, s/f.
- Márquez, Jorge. *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2005.
- Martínez, Abel. *De cómo, a pesar de múltiples resistencias, los fétidos miasmas sacaron a los muertos de las iglesias, y en Tunja, en el siglo XIX, la muerte se hizo civil, y público el cementerio*. En: Martínez, Abel; Alvarado, Solney; Carvajal Juan Fernando. *Aproximación histórica a la medicina y a la salud pública de Tunja en el siglo XIX*. Bogotá: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2002.

- Miranda, Néstor. *La institucionalización de la medicina en Colombia*. Bogotá: Colciencias, 1993.
- Noguera, Carlos Ernesto. *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Cielos de Arena-Fondo Editorial de la Universidad EAFIT, 2003, p. 125-126.
- Pedraza, Zandra. *El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social*. En: Iberoamericana, Vol. 4, No. 15, pp. 7-19, 2004.
- Pedraza, Zandra. *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Universidad de Los Andes, 1999.
- Pedraza, Zandra. *Higiene y órdenes sociales en Colombia*. s/f.
- Pedraza, Zandra. *La tenaz suramericana*. En: Castro-Gómez, Santiago; Restrepo, Eduardo (Eds.). *Genealogías de la colombianidad: formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*. Bogotá: Instituto Pensar-Pontificia Universidad Javeriana, 2008.
- Petryna, Adriana. *Life exposed. Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- Quevedo, Emilio. *Las relaciones de poder en la investigación y la construcción de una comunidad científica*. En: Revista Nómadas, No. 7, 1997.
- Quevedo, Emilio et al. *Café y gusanos. Mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- Quevedo, Emilio; Zaldúa, Amarillys. *Institucionalización de la medicina en Colombia (primera parte)*. En: Ciencia, Tecnología y Desarrollo, Vol. 12, No. 1-4, 1988.
- Rosenberg, Charles. *Framing disease: Illness, society, and history*. En: Rosenberg, Charles; Golden, Janet (Eds.). *Framing diseases. Studies in cultural history*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.
- Sassen, Saskia. *Ciudades globales: la recuperación del lugar y las prácticas sociales*. En: Una sociología de la globalización. Buenos Aires: Katz Ediciones, 2007.
- Silva, Renán. *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*. Medellín: La Carreta Editores, 2007.
- Simmel, Georg. *La metrópolis y la vida mental*. En: Revista Discusión, No. 2. Barcelona: Barral, 1977[1903].
- Stern, Alexandra. *Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México post-revolucionario: hacia una historia de la ciencia y el estado, 1920-1960*. En: Armus, Diego. (comp.): *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.
- Suárez, Roberto; Forero, Ana María; Olarte, María Fernanda. *El dengue en Villavicencio: entre la realidad biológica y la realidad social*. Bogotá: Universidad de Los Andes, 2003.
- Suárez, Roberto; González, Catalina; Viatela, Juan Manuel. *Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural*. En: Revista Colombiana de Antropología. No. 40. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2004.
- Vásquez, Édgar. *Historia de Cali en el siglo 20. Sociedad, economía, cultura y espacio*. Cali: Artes Gráficas del Valle, 2001.
- Vigarello, Georges. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. España: Alianza, 1991.
- Wirth, Louis. *El urbanismo como modo de vida*. Buenos Aires: Ediciones 3, 1962[1938].