

Alejandro Arango

Universidad Icesi

alejandro7arango@gmail.com

Construyendo buenos ciudadanos con buenas
prácticas en salud: dengue e influenza AH1N1
en Cali, Colombia

*Building Good Citizens with Good Health Practices: Dengue
and H1N1 Influenza A in Cali, Colombia*

*Construindo bons cidadãos com boas práticas de saúde: dengue e
influenza AH1N1 em Cali, Colômbia.*

Artículo de reflexión: recibido 29/03/12 y aprobado 01/03/13

Resumen

Este artículo discute la relación entre la dimensión biológica de las enfermedades y los hábitos de auto-cuidado o “conductas saludables”. Su pregunta central indaga por cómo un fenómeno aparentemente biológico genera ciertas “buenas prácticas” en torno a la salud, defendiendo la idea de la enfermedad como un asunto socio-cultural, más que un mero hecho biológico. El estudio aquí presentado se apoya en una investigación realizada en la ciudad de Cali y enfocada en dos enfermedades, dengue e influenza AH1N1, entre 2009 y 2010. El examen de la relevancia adquirida por estas dos dolencias, mostrará cómo la biología y las prácticas de auto-cuidado tienen una estrecha relación entre sí.

Palabras clave: enfermedad, hábitos de auto-cuidado, bioseguridad, dengue, influenza AH1N1

Abstract

This article explores the relationship between the biological dimension of diseases and self-care practices or “healthy behaviors.” Its central question examines how a seemingly biological phenomenon creates certain “good” health practices, supporting the idea of disease as a socio-cultural issue rather than a mere biological fact. The current study is based on a research project focusing on two diseases, dengue and H1N1 influenza A, undertaken in Cali, Colombia during 2009 and 2010. An examination of the relevance that these two diseases have acquired shows how biology and self-care practices are closely related.

Key words: illness, self-care practices, biosecurity, dengue, H1N1 influenza A

Resumo

O artigo faz referência à relação entre a dimensão biológica das doenças e os hábitos de auto-atendimento ou “condutas saudáveis”. O tema central indaga a razão pela qual um fenômeno aparentemente biológico suscita certas “melhores práticas” em torno da saúde, o qual defende o conceito de doença como uma questão sociocultural, e não como um simples fato biológico. O estudo aqui apresentado é fundamentado na pesquisa concretizada entre 2009 e 2010 na cidade de Cali, estudando duas doenças: o dengue e a gripe AH1N1. A análise da relevância das duas enfermidades é mostrar como as práticas de biologia de auto-atendimento estão intimamente relacionadas.

Palavras-chave: doença, hábitos de auto-atendimento, biossegurança, dengue, gripe AH1N1.

Introducción

Dengue e influenza fueron dos enfermedades representativas por su impacto en la ciudad; un impacto que, si bien fue en buena medida mediático y discursivo, no dejó de tener importantes repercusiones en la realidad. Este trabajo confronta dos aspectos de las enfermedades entendidas como un fenómeno social: su biología, por un lado, y las prácticas de prevención y auto-cuidado que deben asumir los habitantes con el fin de controlar estos virus y evitar las dolencias, por otro lado. En términos generales, la construcción de la biología de la enfermedad tiene una correspondencia directa con las formas de combatir las enfermedades. Esta idea puede parecer a primera vista irrelevante, pero en el fondo devela que ambas dimensiones de las enfermedades son construcciones socio-culturales, que involucran desde la construcción de un enemigo biológico hasta el diseño y ejecución de políticas de prevención y pedagogía de las comunidades. Así, los efectos de la enfermedad van desde la representación del virus hasta las técnicas corporales que procura inculcar en las personas. Con el fin de llevar a un plano concreto estas hipótesis, se ha tomado a Cali como caso de estudio particular entre los años 2009 y 2010, años en que ambas enfermedades experimentaron un “pico” o “brote” importante en la ciudad.

El documento está distribuido en tres grandes partes. Las dos primeras se dedican, respectivamente, al dengue y a la influenza AH1N1. Cada una de estas partes se subdivide en los dos temas que aquí interesan: la construcción biológica de la enfermedad y las buenas prácticas de prevención y auto-cuidado. El espacio hace imposible reseñar históricamente la presencia de estas enfermedades en el mundo y en la ciudad, por lo cual se procurará ser muy sucinto en las menciones al respecto. Una tercera parte condensa y compara, a manera de conclusión, los datos de las dos primeras partes, haciendo énfasis en las formas de proceder ante ambas enfermedades por parte del dispositivo de salud pública (aparato de instituciones, saberes, prácticas y profesionales) de Cali. Se verá que, al final, dengue e influenza se muestran como fenómenos sociales muy disímiles dada a la construcción de la biología de la enfermedad y, por ende, las buenas prácticas específicas en salud promovidas para cada una. Es importante mencionar que si bien el trabajo se basa en el caso de Cali, las referencias a instituciones nacionales y supranacionales reguladoras de la salud (INS, OPS, OMS) están presentes y resultan más que, debido a la connotación mundial que adquiere la preocupación por la salud

Al lado de tales referencias, las fuentes utilizadas para la investigación incluyeron revistas científicas de medicina, actas e informes de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (en adelante, SSPM), manuales de manejo de enfermedades, revisión de prensa del diario El País, boletines, circulares y publicidades, entre otros documentos.

Dengue

El dengue y su temida complicación, el dengue hemorrágico, es una enfermedad antigua. Los primeros encuentros con esta afrenta a la salud se remontan al siglo XVI; no obstante, solo 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 todavía una vacuna totalmente efectiva contra esta dolencia. La aparición del mosquito *Aedes Aegypti* como vector transmisor generó una persecución hacia este animalillo que, todavía hoy, permanece como el flanco inicial de ataque contra el dengue. El fenómeno que algunas instituciones supranacionales de salud pública han llamado “reemergencia del dengue” viene asociado al abandono de las políticas de control contra esta enfermedad, potencialmente pandémica. En esta sección nos ocuparemos de describir los aspectos biológicos del dengue, para posteriormente mostrar cuáles fueron las estrategias de lucha contra esta enfermedad en Cali.

Biología del dengue

La lista de los síntomas del dengue no es tan sencilla como a primera vista parece o, mejor, no es tan simple como la presentan a la comunidad los medios de comunicación. En el sector médico existe una serie de codificaciones especiales para diagnosticar la enfermedad y establecer un diagnóstico diferencial de la misma, es decir, un diagnóstico que permita indicar 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 grave (INS, 2009a: 1). 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 fueron las empleadas en 2010 por el Instituto Nacional de Salud para diferenciar la gravedad de los casos de la enfermedad.

En un boletín de la Alcaldía de Cali, el entonces secretario de salud pública Alejandro Varela definió el dengue como una enfermedad producida por un virus transmitido por el “citado insecto”, la cual tiene dos formas: la clásica y la hemorrágica, siendo esta última potencialmente mortal (SSPM, 2009a: 1). 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. Por su parte, la forma hemorrágica de la enfermedad estaría caracterizada por hemorragias en varias partes del cuerpo e incluso vómito con sangre (SSPM, 2009: 1). A los profesionales médicos del Instituto Nacional de Salud (en adelante INS) les preocupa, 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 a fallas en órganos vitales (INS, 2010: 6). Pareciera, pues, que se habla de dos enfermedades totalmente distintas. Por un lado, aquella referida por el secretario de salud pública a los caleños, que aunque potencialmente mortal insinúa menor alarma, y aquella de la que hablan los profesionales de la medicina del instituto, un malestar con múltiples manifestaciones y causas, que a veces parece inasible y que es de alto riesgo y peligro.

De hecho, en este mismo informe conjunto entre el INS y la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), el dengue es una enfermedad grave cuyo cuadro clínico puede incluir males asociados como hepatitis, insuficiencia hepática, encefalopatía y miocariditis (INS, 2010 : 8). 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 en pocas horas (INS, 2010: 8). Que la gente con síntomas leves no acuda al médico, como decisión errónea, sería uno de las peores situaciones con las que el sistema de salud pública tendría que lidiar. El dengue se tipifica como una ‘enfermedad dinámica’ dado que la variación de su condición puede ser súbita. Tal condición exige un seguimiento permanente de los casos (INS,

2010: 8), requisito difícil de cumplir por parte del sistema de salud debido no solo a la falta de infraestructura, sino también a la falta de personal médico. Solo una epidemia podría mostrar la probabilidad de cumplir con dichos requerimientos. El dengue, además, es considerado la enfermedad arboviral más importante a nivel mundial por su morbilidad, mortalidad e impacto socioeconómico (INS, 2010: 4).

En un documento difundido por la Secretaría de Salud Pública de Cali (en adelante SSPM) en los centros comerciales de la ciudad a propósito del dengue, la institución advierte sobre las consecuencias que tiene la enfermedad para la economía de la ciudad, al tiempo que hace algunas consideraciones relevantes sobre ella. El dengue podría acarrear un ausentismo laboral y escolar que afectaría el turismo y la economía del país (SSPM 2010a: 7). Esto recuerda el argumento de Michel Foucault en torno al hecho de 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 sistema (Foucault, 2000: 26). A esto se sumará el asunto del turismo, el cual pelagra inmediatamente cuando una ciudad o país están tildados como zonas endémicas de cierta enfermedad. 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 continuos (Pérez y López, 2011: 60-61). Dura por lo general de 5 a 7 días y se identifica por su cuadro clínico repentino (INS, 1999a: 118). La enfermedad tiene infinidad de posibles complicaciones, pero no será este el lugar en el que nos enfoquemos en esto. 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. Dicho síndrome consiste básicamente en la acumulación de líquidos y en una falla general del sistema circulatorio (Betancourt 2000: 20).

El zancudo del dengue

Una vez 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 autoconservación, 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. 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 del lenguaje se reduce al mínimo.

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 el huevecillo –futuro promisorio de más mosquitos– y el zancudo adulto, máquina generadora de más vectores de la enfermedad (huevecillos). Tanto los huevos como los moscos adultos serán el blanco principal de las campañas de erradicación, en tanto que su existencia y cantidad tienen una estrecha relación con el potencial epidémico que puede 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.

El mosquito del dengue hemorrágico, *Aedes Aegypti*, es de origen africano y de áreas subtropicales y tropicales. 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. (Betancourt, 2000: 3). Sin embargo, se encuentra distribuido extensamente por todo el mundo (HHS, 1980: 1). La enfermedad se transmite

solo 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 cuya ovipostura ocurre en recipientes artificiales, preferiblemente (HHS, 1980: 4). El *Aedes Aegypti* se considera un zancudo doméstico a causa de los lugares en los que prefiere poner sus huevos. La permanencia del virus en Las Américas, región de acción competente a la OPS, es explicada por la misma interacción hombre-mosquito-hombre, pues es la alimentación por sangre la que permite al mosquito transmitir la enfermedad (OPS, 1995: 8).

En América, a diferencia de Asia, 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, adonde los mosquitos viajaron en barriles (OPS, 1995: 16). El mosquito en cuestión es también el transmisor de la fiebre amarilla, enfermedad que fue grave preocupación de salud pública tanto en África como en América, tal como lo expone Emilio Quevedo (2004: 189) al retratar los inicios de la medicina tropical asociados a esta enfermedad. Se asegura que la resistencia de los huevos del mosquito fue lo que impidió su total erradicación, pues estos pueden eclosionar incluso después de haber permanecido en lugares donde ya no existía ningún líquido (OPS, 1995: 18). 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, alimentarse de nuevo (OPS, 1995: 19). 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 otras picaduras. En la picadura reside el temor a la transmisión, el cual se acrecienta precisamente porque este zancudo no hace ningún ruido.

En Colombia, los primeros mosquitos del *Aedes Aegypti* se detectaron en 1880 en Neiva y Cúcuta. Para 1949 se habían dispersado por toda la Costa Atlántica, en los ríos Cauca y Magdalena, y con dos focos: Buenaventura y Cúcuta (Gould, Magori y Huang, 2006: 7). Aunque las campañas emprendidas lograron su erradicación en 1961, el comercio con Venezuela por la Guajira produjo una reinfestación en 1968. Ya en 1995, dos tercios del territorio nacional contaban con presencia del insecto (Gould, Magori y Huang, 2006: 7). La insistencia

en los intercambios y las conexiones como origen de los contagios y las infestaciones será constante. Los flujos de población, sobre todo, serán tildados como fuente principal de esparcimiento de la enfermedad, pues con la gente viaja el virus y el mosquito no hará sino potencializar el intercambio de sangres virulentas. Así como las navegaciones y los procesos de globalización lograron expandir el mercado, también trajeron consigo plagas y enfermedades. No es algo característico del dengue, ya que la propagación de muchas enfermedades es asociada a los flujos de mercancías y gentes. Es curioso que para garantizar el comercio internacional los puertos deban ser saneados, cuando es este mismo 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 circunstancias climatológicas como la lluvia, la temperatura y la humedad, y también está relacionada con el saneamiento básico y las buenas prácticas de la población (Gould, Magori y Huang, 2006: 22). Es por esto que el dengue es una enfermedad considerada endémica en las zonas que llevan el rótulo de tropicales. Colombia, y específicamente Cali, caen en de esta categoría. En esta última ciudad son recurrentes las noticias que anuncian, a raíz de la llegada de una ola invernal, se espera un ascenso de las enfermedades tropicales, entre ellas el dengue (El País, 2003). En Cali confluyen las deficientes condiciones de saneamiento en algunas zonas, la predisposición climatológica y las malas prácticas de los habitantes como agravantes de la situación epidemiológica.

Cuando se dice que el mosquito del dengue es doméstico, se hace referencia a sus hábitos y a los lugares que habita: neumáticos, vasijas de agua, latas, floreros, canales, árboles y, en general, cualquier objeto capaz de retener agua y que no esté rodeado de tierra por sus costados (HHS, 1980: 10). Las hembras de *Aedes Aegypti* se sienten más atraídas por recipientes oscuros con bocas anchas ubicados en las sombras, siempre que no estén demasiado contaminados ni expidan olores desagradables; aguas oscuras y hojas en descomposición estimulan la postura (HHS, 1980: 13). Como estos zancudos conviven con el ser humano y se reproducen en casas y patios, los funcionarios

de salud se ven obligados a irrumpir en los domicilios para controlar la situación, realizando fumigaciones en las diferentes divisiones de los mismos. Este tipo de intervenciones no siempre es tolerado, de modo que siempre resultan necesarios los llamados a la cooperación por parte de la comunidad. 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 peligrosas para la vida de los mosquitos adultos, así como las primeras 48 horas de la vida de los huevos estará determinada por un complicado equilibrio entre humedad y temperatura (HHS, 1980: 13). 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 noche (Jaramillo, Álvarez y Granados, 1997: 46). 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 —científica o no— que dé cuenta del predominio del contagio de dengue en las mujeres sobre los hombres.

Virus del dengue

Realmente, el ente maligno que produce la enfermedad no es ningún mosquito. Éste solo es el transmisor ideal de la enfermedad. El virus del dengue es del tipo arbovirus con cuatro serotipos, cada uno de los cuales tiene variación genética propia (SSPM, 2010a: 3). Lo que nos interesa saber es que cada una de estas cepas 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 epidémico (SSPM, 2010c: 4).

La ausencia de una vacuna efectiva contra el virus del dengue produce un efecto singular en la connotación del mismo, asociado a la imagen de una 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 para minimizar el riesgo, además de la participación ciudadana, es la lucha contra los mosquitos (OPS, 2009a: 1). La cruzada contra el bicho queda así no solo justificada, sino sobre todo programada como principal estrategia de intervención contra la enfermedad. El riesgo aumenta cuando se descubre que la infección por uno de los serotipos de dengue no implica inmunidad contra la infección por los otros tres serotipos (OPS, 1995: 8). Sin embargo, no es posible infectarse por dos serotipos al mismo tiempo: si alguien es picado por dos zancudos a la vez, ambos infectados pero de distintas cepas, solo se desarrollará en el organismo blanco una de las dos (Pérez y López, 2011: 61). Que la enfermedad sea transmitida por vector implica que el dengue no es contagioso, esto es, no se transmite de persona a persona (El Hospital, 1996: 70). Por tal razón, el dispositivo de salud pública debe cavilar estrategias de prevención y curación ajenas al degredo, el cual, en este caso, resulta totalmente ineficiente y disfuncional. Veamos entonces cuáles serían tales estrategias.

Conductas saludables contra el dengue

Hablemos ahora de cuáles son esas buenas prácticas o comportamientos saludables que habitualmente se busca instituir en las poblaciones vulnerables al 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 que ver con el manejo de los pacientes, el seguimiento adecuado de los casos y el empleo del protocolo para casos de dengue (SSPM, 2009b), 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.

Entre las conductas prescritas por la codificación de buenas prácticas para las comunidades, resalta como la más importante la eliminación de cualquier recipiente que pueda almacenar aguas: barriles, neumáticos, matas, floreros, tanques elevados y bajos, tinajas de barro, vasijas, sifones, chatarra, sótanos

inundados, tejas, huecos en los árboles (SSPM, 2010b: 21-26), entre otros. Como ya sabemos, cualquier receptáculo de aguas limpias es un potencial criadero de zancudos de *Aedes Aegypti*. También suele dictaminarse que los lavaderos deben ser fregados con cepillos, y que deben llevarse con arena las tinajas de los patios y materas (El País, 2010a). Otras disposiciones señalan que el agua de las piscinas y los pozos debe ser cambiada constantemente, y que las flores acuáticas deben ser sembradas en tierra (El País, 2010b). Desde luego, entre las buenas conductas del ciudadano precavido está la visita al médico cuando se presenten los síntomas de la enfermedad: dolor de cabeza y ojos, malestar general y fiebre (El País, 2010a). De este buen comportamiento dependerá que sea posible, primero, hacer un buen seguimiento y manejo del caso para evitar la muerte, y, segundo, realizar una estadística fidedigna de la presencia de la enfermedad en la ciudad, con miras a 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—solo se permite tomar acetaminofén, lo demás puede agravar la condición del paciente hasta producir la muerte— y se hidrate bastante bien para evitar una complicación de la dolencia (El País, 2010b). Existen otras medidas menos aplicadas y difundidas como la instalación de angeos y la realización de fumigaciones por parte de los habitantes. El sentido de la salud pública preventiva asume que estas dos últimas medidas son poco efectivas pues 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 solo protegería contra los zancudos adultos, al igual que la fumigación, pero mientras existan criaderos dentro de mismas casas el riesgo permanecerá, y no será mucho lo que se logre con estas otras 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 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, la acción de las comunidades es fundamental, debido a la congestión misma de los espacios urbanos. También es una intención de descentralización del sistema de salud 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 conceptos administrativos como sostenibilidad, eficacia, impacto, participación y gestión (SSPM, 1989).

El dispositivo de la salud pública imagina un sujeto que reflexiona, con su saber salubre, sobre sus prácticas no-saludables y sobre su espacio antihigiénico y desordenado. Se supone que, apoyado en tal reflexión, el sujeto saldría en búsqueda de criaderos de zancudos en su entorno para erradicarlos. Este sería un hábito diario, que vendría reforzado por 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 de funcionamiento. La prensa nos muestra un dispositivo de salud pública que funciona a pesar de las ignominiosas situaciones. Es imposible conocer cuántos casos de dengue quedaron por fuera en razón de aquellos que no pudieron ser atendidos, o que simplemente no supieron acceder al nuevo sistema descentralizado de salud. Sabemos que estos casos existen por la cobertura distante al cien por ciento que siempre ha presentado 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 existiera, 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. Es ésta la peculiaridad trascendental del virus. Su presencia y amenaza latente en la ciudad, combinada con la inexistencia de inmunización, exige unas prácticas cotidianas y rutinarias de los sujetos, a tal punto de hablarse de una transformación de los hábitos y estilos de vida. A lo mejor es 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 fuerte dimensión simbólica que recae sobre distintos motivos, como ocurre por ejemplo con el Sida y la sexualidad. Pero el dengue evoca los más básicos principios de la higiene: las buenas conductas en el espacio urbano. Ésta es una problemática *per se* del dengue: que sea una enfermedad urbana implica una condena a las

congregaciones y flujos humanos, pero no posee la impronta de mortalidad como para darle al dispositivo de la salud pública la injerencia de poner en cuarentena a una ciudad o para cercar un sector de la urbe. Menguar los cuerpos y debilitarlos es el efecto más peligroso de esta enfermedad.

El dengue recuerda al agua y a la higiene de la población. Que las condiciones de saneamiento básico sean deficientes no constituye 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, como Diego Armus lo ha expuesto (Armus, 2005a: 23-24), 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 tuberculosos (Armus, 2005b: 79-80), o medidas jurídico-biológicas de reconocimiento como los expuestos a las radiaciones en la catástrofe de Chernobyl (Petryna, 2002: 6), sí tiene un efecto más silencioso y menos evidente que es la naturalización de la coexistencia de la tropicalidad y la pobreza en un espacio geográfico.

Para resumir, tenemos que el dengue es una enfermedad de los pobres y de los países tropicales. De aquellos que viven en tugurios y aglomeraciones subnormales, de los 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 la imagen de la ciudad. La convierte en 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'. Solo podrá mantener la enfermedad controlada y alistarse cada año (o cada tanto tiempo) 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. En otras palabras, que incorporen las buenas prácticas de salud contra el dengue.

La alerta constante en torno a la enfermedad, su estrecho vínculo con la condición natural de la ciudad, su carácter de enfermedad tropical, su relativamente larga presencia histórica en Cali, así como el hecho de que no posea un alto riesgo en términos de mortalidad, hacen del dengue un fenómeno social particularmente relevante. La guerra contra el dengue es también una guerra contra la mala imagen de la ciudad e implica convocar a la ciudadanía para participar de la contienda; es el as bajo la manga de los guardianes de la salud.

Ahora bien, para bien o para mal, el dengue es una enfermedad ya conocida y con cierto historial en la ciudad. No es éste el caso de la gripe AH1N1, cuya intempestiva llegada obligó al dispositivo de salud pública a ingeniarse nuevas medidas para que los sujetos lograsen protegerse y enfrentar esta “nueva” enfermedad.

Influenza AH1N1

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. En abril de 2009 se declaró la pandemia inminente por influenza AH1N1, una mutación particular cuya propagación no dependió más que del contacto con 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 que implica una alerta por ‘pandemia inminente’ explica las respuestas expeditas por parte de las instituciones de salud para prepararse ante un virus que se propagaba como el aire. Ciertamente, el nivel de prevención no fue suficiente y el virus de la gripe A llegaría no solo a Colombia, sino también a Cali. En cuestión de unos meses cesaría el terror por esta enfermedad, aunque posteriormente seguirían presentándose casos, incluso más numerosos que en el momento mismo de la alerta mundial.

Anteriormente habían ocurrido episodios endémicos por influenza, así que no puede hablarse en el pleno sentido de una dolencia nueva. En este sentido, cabe preguntarse ¿qué es lo que tuvo de particular esta pandemia

por influenza humana? Al igual que con el dengue, procuraremos examinar la correspondencia entre dos dimensiones de la enfermedad: su definición biológica y los tipos de respuesta, control y prevención ante ella.

Biología de la influenza

Debemos distinguir, en principio, que existen virus de influenza para los diferentes seres del reino animal. Se habla de influenza porcina, influenza aviar e influenza humana, todas ellas genéticamente distintas. Sin embargo, los virus de influenza pueden ser contagiados entre las diferentes especies y pueden incluso combinarse y mutar entre sí (SSPM, 2009c: 4). 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 ellos (SSPM, 2009c: 11). 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–hombre (OPS, 2009b: 22).

El contagio entre seres humanos comenzó a ser una preocupación cuando, en México, aparecieron los primeros casos de transmisión en los que no había un cerdo como intermediario. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) adelantó una serie de estudios para dictaminar la certeza de este fenómeno (SSPM, 2009d: 1) y fue después cuando la alerta inicialmente establecida por gripe porcina, pasó a estar asociada a la influenza humana. La combinación genética que ocurrió para que la gripe porcina se tradujera en un virus de influenza humana no es muy clara. Se dice que se trató de una variación de la cepa H1N1 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 estos (SSP, 2009e: 56).

Esta enfermedad, como el dengue, está relacionada con los cambios climáticos. No obstante, en el caso del dengue la meteorología, más que determinar las incidencias de la enfermedad, las proyecta. Por el contrario, la influenza, una enfermedad respiratoria aguda (ERA), sí presenta una intensidad asociada con el clima, y en particular con fases invernales (SSPM, 2009f: 1).

En lugar de algún mosquito, los canales de contagio de esta enfermedad son el aire y las secreciones. Esto se traduce en una gran facilidad de difusión que, en términos epidémicos, la convierte en un mal mucho más peligroso. La tos y los estornudos (SSPM, 2009g: 4) serán los enemigos principales que tendrán que combatir las políticas de salud pública, pues no existe ningún oponente concreto al que se pueda declarar la guerra, más que 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 solo tiene que ver con el contacto entre personas, sino también con objetos y superficies contaminados con el virus y que, en consecuencia, pueden transmitir la enfermedad (SSPM, 2009g: 4), efecto que puede tener lugar incluso mediante gotas infecciosas suspendidas en el aire o a través de las combinaciones posibles entre estas formas (Sussman, 2005: 133).

La estacionalidad de la enfermedad permite saber que en los períodos de invierno se presentarán picos de la misma, pero en los países tropicales la falta de definición de las estaciones impide establecer con certeza el lapso en que se esperaría una mayor circulación del virus (INS, 2011a: 8). Como en el caso del dengue, el carácter tropical de los países constituye un factor agravante de la enfermedad, debido a las dificultades que genera en la predicción de los brotes. En países con estaciones definidas es posible pronosticar los meses en que circulará con mayor incidencia el virus (finales de otoño o invierno). En los países tropicales, por el contrario, si bien existe un incremento de la circulación de la enfermedad en los meses más lluviosos, los brotes también suelen presentarse por fuera de dichos períodos. Como con el dengue, el clima solo representa 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 solo habrá que lidiar con las pobres condiciones de salubridad sino con la incertidumbre y el temor que vienen con las oleadas de frío y calor. La actividad del virus en estos países, tal como lo señala la OPS, se prolonga durante todo el año (OPS, 2006: 4), lo cual trae consigo costos mucho más altos en términos tanto de la economía de los países como del sostenimiento mismo del aparato médico para responder a los brotes epidémicos.

Síntomas como la fiebre con comienzo súbito igual o mayor a 38°C, tos, dolor de garganta, rinorrea, cefalea, mialgia y otros como conjuntivitis (OPS, 2006: 4), 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, ¿acaso 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 concentran en el intento de distinguir, inclusive, el resfriado común de la influenza, radicando las diferencias sintomáticas en detalles a veces nimios, a veces poco exactos, como por ejemplo que el resfriado tiene una duración media y la influenza un comienzo súbito (Sussman, 2005: 132). El diagnóstico diferencial fue una de las trabas que encontraron las autoridades sanitarias para hacer un seguimiento fiel a estos brotes. La labor preventiva exige notificar con anterioridad los casos, pero la estadística médica precisa de un diagnóstico acertado, el cual solo es posible tras cierta evolución del virus. La frontera entre la celeridad que requiere la prevención y la exactitud epidemiológica representa, en realidad, un vacío que el refinamiento científico no puede llenar, y en el cual la predicción y especulación entran a jugar.

En este contexto, y como forma de contrarrestar el abismo entre estas dos orillas del saber médico, se decide que el contacto con una persona infectada con AH1N1, viva o muerta (SSPM, 2009g: 5), es un indicador más de un caso sospechoso de influenza A, allende del cuadro clínico mencionado arriba. Solo el análisis de las pruebas de laboratorio (INS, 2011a: 3), al cual deberán someterse todos los sospechosos, podrá determinar si dicha persona está enferma, convirtiéndola en un “caso confirmado” o, por 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 médica ESI (Enfermedad Similar a la Influenza), que incluye otros virus que producen síntomas similares, a tal punto de hacer imposible la distinción solo a partir de estos. Una ESI puede ser causada por un virus de la influenza, un adenovirus, un virus sincitial respiratorio o la parainfluenza 1, 2 y 3 (INS, 2011a: 3). 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 semiología médica resulta insuficiente ante tal incertidumbre. El envío de las muestras a laboratorios especializados es la única opción, aunque los resultados puedan tardar algunos días, exigiendo la vigilancia del dispositivo de salud sobre el sospechoso.

El problema aquí expuesto se hace más complejo si se tiene en cuenta que las ESI hacen parte de un grupo más grande de enfermedades similares: las IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave), que pueden ser causada por un virus o bacteria (INS, 2011a: 5). Con esto se ensancha todavía más el repertorio de males similares. Al formar parte de este grupo, la influenza humana adquiere una gravedad superior (INS, 2011a: 5), encontrándose al mismo nivel de peligrosidad para la vida que la neumonía causada por estafilococo o la infección por clamidia. Aunque el virus no es nuevo, como tampoco lo son las pandemias y epidemias por influenza, la configuración específica del AH1N1 se considera atípica, así como también la epidemia que este virus produjo en el mundo (SSPM, 2009e: 16). La vacuna contra esta enfermedad no estuvo lista desde el principio y, de hecho, una de las carreras trascendentales contra el tiempo que tuvieron que emprender los laboratorios farmacéuticos en “todo” el mundo, consistió en encontrarla lo más rápido posible. Los dispositivos de salud pública tuvieron que lidiar con la pandemia durante un tiempo relativamente importante, sin contar con cura alguna y esperando pacientemente a que se anunciara el nuevo descubrimiento, situación que exaltó discursivamente el terror a este agente viral.

Sí existían, en cambio, vacunas para la influenza de otros tipos y subtipos. Debido a la alta variabilidad genética del virus, se recomienda una vacunación anual; esas vacunas procuran incluir las nuevas cepas del virus (Izurieta, s.f.: 3). La 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 tipo (Izurieta, s.f.: 3). Para eliminar la propagación del virus de influenza no es suficiente exterminar a todos los cerdos, aves y caballos del mundo, como se ha procurado hacer con el mosquito del dengue. Aunque dengue e influenza son dos enfermedades virales 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.

El virus pertenece a la familia de los Orthomyxoviridae, su tamaño oscila entre los 80nm y los 100nm y viven dentro de las aves acuáticas como reservorios, lo que imposibilita su erradicación (Vargas, 1999: 82). Los virus que existen en estos reservorios son seguramente mutaciones que contienen cepas de virus de influenza humana (Benenson, 1992: 306), 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 de distribución proteínica particular (Vargas, 1999: 82). Los subtipos de estos virus están dados por variaciones en las proteínas estructurales, que son la hemaglutinina y neuraminidasa (Vargas, 1999: 82), de ahí que los virus en particular puedan adquirir nombres como influenza AH3N5 o AH3N2 –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, 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 1968 (Vargas, 1999: 82). En total, se han descubierto 15 tipos de hemaglutinina y 9 de neraminidasa (Vargas, 1999: 83), 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 también tiene que ver con la gravedad de las epidemias que producen. Los virus tipo C son poco comunes, solo producen una enfermedad respiratoria leve, y por tanto no representan una afrenta a la vida humana ni se asocian con epidemias (Sussman, 2005: 134). Caso distinto es el de los tipos A y B, cuyas variaciones son mucho mayores.

El virus de influenza tipo B ataca solo a los seres humanos, pero el cuadro clínico que produce es menos leve y está más asociado con las epidemias regionales o locales (Salgado, 2002: 234). En cambio, el tipo A es capaz de infectar a seres humanos y otros animales, 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 edad (Salgado, 2002: 234). Dos tipos de cambios genéticos pueden ocurrirle a estos virus. Por un lado, está la deriva o desviación antigénica (*drift*), que corresponde a pequeños cambios en la estructura del virus, los que requieren a su vez cambios en las composiciones de las vacunas (Álvarez, 2005: 192). 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 alguna (Álvarez, 2005: 192). Este último tipo de cambios es el que trae consigo los mayores problemas para la salud pública, pues la falta de inmunidad de la población, sumada a la alta propagación que caracteriza al virus, hace mucho más posible el desarrollo de una pandemia mundial o de una epidemia local. 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 infectó (Salgado, 2002: 235). El virus es excretado a través de las vías respiratorias en un lapso de 5 a 10 días (Salgado, 2002: 235), he aquí la necesidad de establecer buenas prácticas de limpieza e higiene para que los portadores 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, 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 actividades laborales o escolares (Sussman, 2005: 134), 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 fue realizado con el dengue, donde se consideró, sobre todo, el cese de actividades económicas como la consecuencia más atroz de los brotes. Emerge aquí una “economía de las poblaciones”.

Cierto es que el virus de la influenza nos hace a todos los seres humanos personas vulnerables ante su infección, pero en este caso, a diferencia del dengue, existe una mayor definición de los grupos de alto riesgo. La enfermedad ataca sobre todo a los dos extremos de la pirámide poblacional –niños y ancianos–, pero también a quienes tengan baja respuesta inmunológica (ACIP, 1996: 589), por ejemplo aquellos contagiados con el virus del VIH. Dicha correlación entre los sujetos con baja capacidad de respuesta de anticuerpos, junto con la gravedad de la presencia de la enfermedad, dará origen a una toda una serie de estudios científicos que refrendarán esta asociación. La defensa del cuerpo humano ante el virus de la influenza está dada por los anticuerpos generados en respuesta a la hemaglutinina (ACIP, 1996: 588), 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. Esto representa una limitante a las vacunas contra el virus, pues aquellos grupos de alto riesgo son precisamente los que se revelan menos aptos para las mismas. Se requiere, pues, de un delicado cuidado hospitalario o ambulatorio para evitar la mortalidad de estos pacientes en particular, lo que aumenta los costos 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, a una epidemia o a una endemia. 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 menores (Gutiérrez y Gutiérrez, 2004: 193). La pandemia, por su parte, 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 de 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 alguna (Gutiérrez, 2000: 18). 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 debería analizarse con mayor profundidad, pues pareciera convocar a todo el mundo en nombre de la vida de la humanidad.

Ahora bien, la influenza puede presentar dos condiciones agravantes además de la habitual influenza clásica que hemos descrito aquí. La influenza complicada es aquella que es agravada por una infección bacteriana excesiva con graves índices de mortalidad. Más terrible aún es la influenza fulminante, que funciona como una neumonía viral primaria con un ritmo grave y altamente destructivo, y que además se ha reportado con alta frecuencia en los episodios pandémicos (Gutiérrez y Gutiérrez, 2004: 194). Si el dengue presenta una complicación que es el dengue hemorrágico, la influenza parece aún más temible con estas dos formas de mayor ratio de mortalidad. Potencialmente, la influenza es mucho más grave no solo 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 con el otro infectado. La severidad de la enfermedad depende de la experiencia inmunológica del individuo infectado y de la variabilidad antigénica del virus. Se supone que únicamente el 50% de los infectados mostrarán los síntomas clínicos de la enfermedad (Sussman, 2005: 135).

El agente infeccioso que acabamos de describir muy someramente – la microbiología objetaría la simpleza con la que aquí ha sido tratado el asunto, debido a la enorme bibliografía referente a este virus– nos plantea una enfermedad, en términos socioculturales, muy diferente a la que analizamos varias páginas atrás. La aparición de la cepa AH1N1 pondrá a las organizaciones de salud en una urgencia por controlar una enfermedad de poderosa propagación, que podría generar la muerte de un sinnúmero de personas tal como sucedió en 1918 en Bilbao (Camiruaga, 1985). 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 dispararon y generaron una situación de alarma. En general, todo 2009 y la primera mitad de 2010 fue un lapso de alta actividad del dispositivo

de salud pública en Cali. Aunque el dengue y la influenza no fueron las únicas enfermedades para entonces presentadas en la ciudad, el estudio de caso nos permite únicamente centrarnos en estas dos que compartieron una enorme atención por parte de los medios de comunicación. Veamos cómo se respondió a esta pandemia en la ciudad.

Tácticas de bioseguridad

La bioseguridad será el principal frente de combate por parte del dispositivo de salud contra este virus letal. 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 tratar con pacientes con influenza —o con sospechosos de contagio—. Aquí, son dos las situaciones riesgosas que merecen medidas especiales: la recolección de muestras y el trato de los pacientes. Entre ambas, el protocolo de recolección de muestras revista una labor esencial, tanto por la vigilancia epidemiológica como por el contacto directo con el virus.

Higiene de las muestras de virus

De acuerdo con el protocolo, a cada uno de los casos sospechosos se le debe extraer dos muestras: a través del hisopado faríngeo (detrás de las amígdalas hacia la nasofaringe) y del hisopado nasofaríngeo (solo para los pacientes hospitalizados) (INS, 2009a: 1). Nos ahorraremos las descripciones detalladas sobre los procedimientos médicos implicados en uno y otro caso. Debido a la enorme peligrosidad que puede implicar transportar un virus, cada una de las muestras debe ir sellada en un triple empaque, y solo puede ser recolectada por personal médico con equipo de bioseguridad: bata, guantes y gafas (INS, 2009b: 1). Estos tres elementos, además de la mascarilla, representan las partes del cuerpo humano de mayor riesgo de contagio: manos y rostro.

Dada esta constante exposición, los soldados de la salud deben ser extremadamente cuidadosos al implementar sus vestuarios de protección. Deben retirar la bata, el par de guantes externos, la careta y el tapabocas, arrojándolos a la bolsa roja de residuos hospitalarios. Después, deben retirar el otro par de guantes y efectuar la higiene de manos pertinente al finalizar el proceso (INS, 2009c: 1).

Luego de la recolección y desinfección del profesional de la salud, se deberá anunciar el envío de los virus refrigerados a los laboratorios correspondientes. Además de los 3 empaques, las muestras viajarán con los datos completos del paciente y su historia clínica (INS, 2009c: 2). 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. Por cada muestra recolectada se precisa de dos pares de guantes desechables y tapabocas N° 95. Los demás elementos, como las caretas y 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 disponibilidad de estos implementos.

La OMS ya había dictaminado que ante una pandemia, una de las formas de responder efectivamente 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 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 escasear (El País, 2009). Los demás elementos, desechables o no, eran más costosos y, de todos modos, se requirió una gran cantidad de ellos para recolectar las muestras de los 1.300 casos sospechosos detectados en algún momento en la ciudad. El valor total de una muestra debe calcularse por 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 de la respuesta de estos centros especializados. La higiene de las muestras, además de revelar un temor al contacto con el aire, 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, en nombre de 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, por lo que no es factible señalar si las medidas tomadas en su contra fueron exageradas o no,

así como tampoco es posible comparar estos gastos con aquellos efectuados en países como México o Estados Unidos.

Higiene del personal médico y del paciente

La protección del personal médico, igual que del resto de la comunidad, obedece a unas precauciones estándar. No obstante, su obligatorio contacto con pacientes sospechosos y confirmados los convierte 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 guerra. 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 infección (OPS, 2009b: 25), 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 sí mismo. 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, y 5) después del contacto con el entorno del paciente (OPS, 2009b: 28). Cada uno de estos momentos pone de manifiesto los elementos que propician el contagio: la sangre y los fluidos corporales, las secreciones y excreciones, los artículos contaminados y las membranas mucosas (OPS, 2009b: 31). El miedo al otro está, pues, en sus efluvios corporales y en el medio que permite su desplazamiento: el aire.

Para maximizar la seguridad en el contacto con enfermos o sospechosos de infección, 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 debe evitarse en lo posible el transporte del paciente, el cual no puede realizarse sin la previa protección de un cubrebocas (OPS, 2009b: 34). Los enfermos deben emplear la mascarilla, especialmente al salir de sus cuartos de aislamiento (OPS, 2009b: 35). Los cuartos de estos sujetos

deben estar dotados de un buen sistema de ventilación (OPS, 2009b: 41), tal vez con la intención de purificar los aires circulantes, y las instituciones de salud deben garantizar estas condiciones mínimas a aquellos cuya gravedad implicara hospitalización. El cuidado del aire se tecnifica. Las buenas condiciones aéreas del paciente requieren una presión negativa del fluido eólico, la desconexión de sistemas de aires acondicionados para no agravar los síntomas, así como la restricción de las visitas para evitar la contaminación del aire puro del paciente y prevenir el contagio. La preocupación por purificar el aire reaparece.

Emplear las medidas de bioseguridad constituye más que un simple prejuicio o corolario. Estudios médicos de salud pública permitieron construir una tabla con los índices de efectividad de estos instrumentos, con la cual podía calcularse el riesgo al que se encontraba expuesto un profesional de la salud ante un paciente infectado por influenza AH1N1, de acuerdo con las herramientas de bioseguridad con que contara. Es la mascarilla N° 95 (el tapabocas quirúrgico) la que tiene mayor efectividad, al garantizar el 91% de protección, mientras que la bata (77%), los guantes (57%) y el lavado de manos (55%) tienen un ratio de funcionalidad inferior (OPS, 2009b: 44). En suma, todos los aparatos ofrecen el 91% de seguridad (OPS, 2009b: 44), por lo que el riesgo no se puede erradicar sino solo mitigar. De ahí la insistencia en emplear todos los controles para reducir el riesgo a la mínima cifra posible, pues no es factible aislar totalmente el cuerpo del aire que lo circunda. Para suplementar la bioseguridad y contrarrestar el peligro de contagio, se establecen otras medidas higiénicas y sanitarias en los centros médicos como limpieza y desinfección de áreas conflictivas (baños, por ejemplo), 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 por supuesto, vigilancia del transporte de estos objetos a las zonas de desinfección (OPS, 2009b: 43). La parafernalia y meticulosidad en los protocolos de bioseguridad nos presentan un infectado de alta peligrosidad, la cual solo puede combatirse a través de semejante explosión de técnicas de antisepsia. Quizá 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. Es allí donde los pacientes están en contacto permanente tanto con el personal médico como con otros sujetos sanos. Estos espacios

podrían, pues, ser los lugares más aptos para ser nominados como focos de infección de influenza AH1N1. De aquí la recurrencia a toda esta serie de medidas de bioseguridad.

Aislamiento social voluntario

El aislamiento social aplica para toda la población de la ciudad, pero se decreta específicamente a los sujetos clasificados como casos sospechosos o confirmados de influenza humana y que, dado el segundo caso, no requieren atención hospitalaria por no presentar un cuadro clínico grave. En Cali, la mayoría de los casos fueron manejados de manera ambulatoria y muy pocos presentaron complicaciones rápidas que precisaron de cuidados hospitalarios. Entre estos últimos, una porción inferior fue víctima moral de la enfermedad. De todas maneras, para prevenir cualquier efecto inesperado, el dispositivo de salud pública incrementó los controles y alertas. No se trataba con esto de producir pánico entre la gente, sino de prepararse de la mejor manera ante la llegada de la pandemia. En correspondencia con ello, la Secretaría de Salud Pública Municipal comenzó a difundir boletines y circulares prescribiendo una serie de prácticas saludables para prevenir y controlar la enfermedad. Estos documentos recomendaban evitar a toda costa el contacto con personas infectadas, así fuesen familiares, y sobre todo insistían en que si se era caso sospechoso –esto es, si presentaba los síntomas de la influenza–, se debía permanecer en casa (SSPM, 2009f: 1). A todos los casos sospechosos se les recetó el aislamiento voluntario en casa, y en caso de que uno de los casos confirmados decidiera romper tal “cuarentena”, se ejecutarían medidas de vigilancia policiaca para proteger el resto del cuerpo social vulnerable. A quienes presentasen síntomas se les recomendaba acudir a las instituciones de salud solo en caso de presentar fiebres muy altas y disneas (SSPM, 2009f: 2).

Según estos documentos, la mejor forma de prevenir la propagación del virus era permanecer en casa y, además, evitar contactos sociales físicos como los saludos de manos (SSPM, 2009f: 2). Bajo estas disposiciones, evitar el virus era equiparable a evitar el roce humano. Fuera de esto, se recomendaba a todos los ciudadanos abrigarse y evitar cambios bruscos de temperatura, mantener una dieta rica en frutas y verduras con contenidos de vitaminas A y C, ejercitarse apropiadamente, buscar formas de controlar el estrés, eludir la exposición a

ambientes contaminantes y no fumar en lugares cerrados con niños, ancianos o enfermos (SSPM, 2009f: 3). Llama la atención que todas estas sugerencias hacia la comunidad tuvieran que ver con el fortalecimiento de las defensas inmunológicas del organismo: como no se contaba con una vacuna, por lo menos había que recibir la enfermedad con un cuerpo fuerte en protecciones. El cuerpo social debía prepararse para recibir al virus en su organismo y procurar que le afectase en la menor medida posible. Esto, en conjunción con las medidas preventivas de aislamiento, asegurarían un buen manejo de la pandemia mientras se descubría y se importaba el inmunológico. No siendo esto suficiente, y asumiendo que era imposible erradicar la proximidad social en la ciudad, se recalcó además la importancia de la higiene de tos y de manos.

Higiene de la tos

De acuerdo con los documentos en cuestión, lo ideal era que cada habitante de la ciudad su propia mascarilla quirúrgica N° 95 para uso cotidiano y común en épocas de la pandemia. Sin embargo, 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. Muestra de ello fue la difusión de indicaciones sobre la manera apropiada de toser en público, práctica que se presentó asociada tanto a la higiene como a la convivencia urbana. La Secretaría de Salud Pública Municipal reglamenta los procedimientos de la tos buscando precisión en las técnicas corporales (Mauss, 1979: 337), en pro de la prevención y con miras a que sean lo más sencillas posibles para los ciudadanos. 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 mano (SSPM, 2009f: 3). Las vías respiratorias y bucales, conductos al interior del organismo, son las zonas de mayor peligro de contagio, al igual que las manos, las estructuras táctiles que manipulan los objetos.

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 deben cargar todos en el día a día. Se trata de una higiene no limitada al acto de toser, convertida también en una higiene del habla, en la medida en que las instituciones de salud pretenden que la gente se cuide en sus actos comunicativos diarios. Como ningún control en nombre de la

prevención es suficiente para eliminar el riesgo, se propuso que las personas aplicaran una pequeña asepsia a algunos elementos, como los teléfonos, antes y después de su uso, con el fin de erradicar los gérmenes de influenza presentes en esos objetos (SSPM, 2009f: 3). El propósito era contribuir al corte de la cadena de contagio: se prevenía contagiarse al otro y contagiarse del otro. Era una estrategia 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. Ante la imposibilidad de suprimir los flujos urbanos, se requiere al menos de una higiene de los mismos aplicada 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 una técnica del lavado de manos posee dos dimensiones: los horarios de uso y los procedimientos adecuados. La higiene de manos debe efectuarse después de cualquier tipo de contacto bien con una persona contagiada por influenza, o bien con su entorno circundante (SSPM, 2009g: 38). Esta también deberá aplicarse toda vez que las manos estén visiblemente sucias, así como antes de manipular, preparar o ingerir cualquier tipo de alimentos (SSPM, 2009g: 38). 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, resultan los más riesgosos y, por ende, los que más requieren profilaxis. Ni siquiera los baños privados están a salvo. Es curioso 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; acá, igualmente, se necesitan rigurosas medidas de desinfección y limpieza. 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; 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 estiloide; enjuagar con agua abundante, desde las uñas hasta las muñecas, repitiendo el proceso del paso anterior. La duración de todo este proceso debe ser de al menos 30 segundos (SSPM, 2009g: 39). Seguramente, todo el público de la ciudad entiende claramente qué es y dónde está ubicada la apófisis estiloide y, seguramente, todos cuentan con cantidades suficientes de jabón para efectuar los lavados de manos de manera apropiada y en cada de las múltiples veces que lo exigen las indicaciones del dispositivo de salud pública. Además, según lo señalado por éste, los centros comerciales, instituciones educativas y otros centros de congregación, tales como terminales terrestres y aeropuertos, debían garantizar los recursos físicos para aplicar el lavado de manos a cada ciudadano (SSPM, 2009g: 53).

Al respecto, cabe preguntarse cómo esta técnica podría ser llevada a cabo en aquellas zonas de la ciudad donde las condiciones sanitarias son paupérrimas. Esas zonas donde el dengue, una enfermedad asociada a las condiciones sanitarias, prolifera con más fuerza. El dispositivo de la salud pública se ha preocupado por educar a las gentes y por dotar a sus centros de asistencia del material necesario para enfrentar la epidemia. No obstante, ¿ha garantizado que las medidas preventivas puedan ser realmente llevadas a cabo por toda la comunidad? ¿Se ha preocupado siquiera porque en cada rincón de la ciudad pueda ser ejercida la bioseguridad? ¿Se ha mantenido, acaso, una visión de la población como ente displicente que no obedece, aun en pos de salvar su propia vida y cuidar su propia salud?

Las estrategias de protección de la población develan un enemigo claro de la enfermedad, el ser humano portador del virus, así como un conducto riesgoso en particular, el aire. No será el agua, como en el dengue, el fluido que preocupará a las autoridades de la salud pública. De hecho, en este caso, el agua aparece como uno de los ingredientes para limpiar el cuerpo y las superficies de los gérmenes. Si bien las autoridades de la salud pública tenían claro que la pandemia podría no llegar nunca a la ciudad, se trabajó con la hipótesis de que así sería, y no hubo reticencia alguna en disponer de los recursos monetarios necesarios para “responder” a ella. No se debía escatimar en gastos. Los despliegues mediáticos lo prueban, así como

también las inversiones en vacunas, suplementos, equipos y demás elementos requeridos para la atención y contención de la influenza AH1N1. Estando las instituciones de salud en situación de colapso por falta de financiación o malos manejos, la alerta pandémica exigía dar prioridad a esta enfermedad. Así parecían justificarlo los mandatos de la OMS. Después de varias décadas, y tras su proceso de descentralización, el dispositivo de salud pública local seguía respondiendo a demandas nacionales e internacionales, meciéndose su funcionamiento entre las necesidades locales (como las de enfermedades epidémicas tipo dengue) y las 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 nos ha motivado a escribir sobre ellas.

Conclusiones

Cada una de estas enfermedades reveló acciones específicas de acuerdo con sus particularidades biológicas, y como aquí nos ha interesado la dimensión social de las mismas y sus efectos concretos sobre la ciudad y su población, es necesario terminar con aquello que distingue a cada uno de estos fenómenos. Algunos de los puntos a continuación han sido ya esbozados, por tanto solo 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 está que la influenza encontró su cura con el tiempo, pero fue mucho más tardía de lo que se esperaba o se deseaba, y su incidencia no pudo ser controlada como lo hubieran querido 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 solo pudo contrarrestarse mediante acciones pedagógicas orientadas a la comunidad. La falta de una dosis biológica contra los virus de ambas enfermedades se debió a razones distintas. Aún no hay posibilidad de brindar inmunidad contra los cuatro serotipos de dengue. Por su parte, algo extraño ocurrió con la influenza AH1N1, si pensamos que la vigilancia epidemiológica había estado siguiendo el 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.

La circulación de personas, dentro y fuera de las ciudades, se tornó más problemática con la pandemia de influenza que con la emergencia del dengue. En el primer caso, la situación era mucho más riesgosa y conflictiva dado que el virus se propaga tan fácilmente como se desplaza el aire, lo cual instó a las autoridades a vigilar fronteras, 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 conllevaba el mismo riesgo, por lo que se decretó el aislamiento social voluntario. El dengue también parecía ser 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 y contagiarse. Recordemos que en el caso del dengue, es el mosquito el que porta 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 solo la circulación de personas. De hecho, el flujo de cualquier cosa es vigilado. Mucho cabe dentro de esta vigilancia: alimentos, mercancías, los transportes mismos, animales, edificios. Sin embargo, lo que más preocupará a las autoridades sanitarias será el movimiento de los fluidos, especialmente del agua, el aire y las secreciones humanas. El descomunal esfuerzo para controlar estos tres elementos de la naturaleza es una dimensión bastante antigua de la higiene y de la urbanidad (Vigarello, 1991; Corbin, 1987). En este caso, los fluidos se dibujan como aquellos canales por donde transitan los virus, y en ello radica la importancia de su control y vigilancia. 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; el riesgo se incrementa exponencialmente. Estas emanaciones peligrosas son un punto en común de las dos enfermedades, aunque cualitativamente se expresa de manera distinta.

Fundamental es que el dengue, a diferencia de la influenza, sea una ETV (Enfermedad Transmitida por Vectores). 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. Las políticas de erradicación del dengue se encargarán de declarar la guerra a un bicho, discursivamente creado como un enemigo biológico, lo cual hará más claras y sencillas las labores de pedagogía de la salud. Aquí, la gente tendrá más claro contra quién lucha, un ser vivo que todos pueden observar sin precisar de un microscopio. Allende su visibilidad, el enemigo del dengue puede ser exterminado en el pleno sentido de la palabra, ya sea con venenos químicamente elaborados para él, con otros controles biológicos (peces, por ejemplo), e inclusive con terapias génicas (Pérez y López, 2011). Por el contrario, la influenza nos enfrenta a una criatura de dudosa vitalidad, con magnitudes físicas imperceptibles al ojo humano; un agente que vaga por los aires, invisible y sigiloso. Sin poder siquiera 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 aquí más estrategia de control 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 de Cali en cuanto al dengue. 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 está ya preparada para enfrentar a un viejo enemigo, con tácticas de ataque ya conocidas y estudiadas. Prácticamente, solo tienen que ponerse a funcionar viejos planes de acción cuyo único requerimiento son las 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. Aunque la influenza sea una enfermedad conocida milenariamente, uno de sus temidos cambios antigénicos genera una cepa viral totalmente diferente, con comportamiento epidemiológico distinto y que requiere vacunas propias. Es cierto que cada año la humanidad se enfrenta a la influenza estacional, pero se enfrenta con la misma regularidad 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 (García y Boshell, 2004). 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, por el contrario, fue una enfermedad más de carácter episódico, no esperada aunque muy anunciada. Eso contribuyó a la existencia de situaciones de pánico y angustia social (Villoro, 2009) por un virus nuevo, que atacaba velozmente aunque nunca de manera 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 ante el 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. Las autoridades saben que no pueden erradicar la enfermedad porque la ciudad engendra el mal en su propio seno. Ante ello, se concentran en su control y prevención. Por esta misma razón, los agentes externos al perímetro urbano no pueden llevarse la culpa de estos brotes, como sí puede ocurrir en el caso de la influenza, una enfermedad traída de afuera. 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 al país. Estas personas habían traído un mal de afuera; las primeras habían ayudado a que un mal interno se incrementara. Esta distinción es de gran relevancia al momento de pensar los efectos sociales de la enfermedad. La influenza traía consigo una preocupación de magnitud mundial, mientras que el dengue, aún 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 requirió de acciones que la ciudad emprendió solo debido a las alertas emitidas por dichas organizaciones.

El dengue es una enfermedad que expresa más abiertamente las desigualdades sociales, pues los focos de infección están directamente relacionados con las zonas de “depresión social”, donde escasea la infraestructura de saneamiento básico (Lloyd et al., 2006) y se genera un ambiente propicio para la reproducción del vector. Revestida de un mayor sigilo, la influenza humana puede no afectar

regiones específicas de un territorio, pero la exposición a la misma puede hacerse mayor en sectores que no tengan garantizadas las condiciones mínimas para acatar las normas de bioseguridad. Pensemos, por ejemplo, en 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, o 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; pareciera que sus disposiciones fuesen suficientes para garantizar los buenos hábitos de los ciudadanos.

Ambos males nos remiten a medidas higiénicas que deben ser llevadas a cabo por los buenos ciudadanos. La lucha contra dengue establece lineamientos para una higiene de los objetos. La batalla contra la influenza declara igualmente prácticas higiénicas con los objetos, pero en mayor medida con el cuerpo individual y con los espacios. El mosquito del dengue solo puede viajar unos metros. En cambio, el AH1N1 viaja con las personas. Con el dengue preocupan los receptáculos expuestos al depósito de aguas. Las personas, así no cuenten con otros objetos para almacenar agua para su propio consumo, deben preocuparse básicamente por la erradicación de esos sitios potenciales de desarrollo del zancudo. Aquí, la salud pública se inmiscuye en los hogares de los ciudadanos, pues los contenedores también pueden estar dentro de las casas. Como el dengue es una “enfermedad doméstica”, las autoridades de 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 a ser vigilados son cualquier objeto que pueda contener gérmenes –básicamente toda superficie–, sin contar los espacios donde pueda haber partículas de aire contaminados ni el cuerpo infecto del otro. El dengue les pide a los ciudadanos que identifiquen los criaderos y eliminen las aguas o los recipientes. La influenza les exige que desinfecten los objetos que usan, hagan asepsia a los baños, ejerzan disciplinadamente el lavado de manos y porten el equipo de bioseguridad (mascarilla). La influenza necesita que las personas incorporen saberes técnicos sobre la limpieza y la higiene individual, así como normas de urbanidad para comportarse saludablemente en espacios de alta concentración

social. El dengue, en este sentido, implica prácticas de higiene más loables.

Desde este punto de vista, mientras el dengue evoca una limpieza del ambiente, el AH1N1 está trayendo a la memoria un cuidado mucho más refinado del cuerpo y la corporalidad. Nos parece que este aspecto tiene una evidente relación con las formas de contagio. Tocar las lesiones 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. Las personas solo tienen que eludir el mosquito del dengue fumigando sus casas y eliminando criaderos: el otro no es un agente contagioso. En cambio, 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 son 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 y tener permanentemente una higiene del contacto social. Es menester saber cómo comportarse ante la presencia de los sospechosos, pero también adquirir una responsabilidad social para acoplarse, eventualmente, al aislamiento social voluntario y ser precavido con los objetos, alimentos y superficies manipuladas.

Al final, las batallas que emprende la salud pública a raíz de estas enfermedades son contra un par de sustancias: el aire y el agua. El agua es el medio en el que se reproduce 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. Agua y aire han sido objetos polisémicos a través de la historia de los sentidos y del cuerpo (Corbin, 1987). La limitación de la salud pública ante el exterminio de estos canales de contagio no se debe solo, 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 humana.

Referencias

Fuentes primarias

- “Alerta por brote de dengue en Cali”, *El País*, Cali, 21 de enero, 2010a.
- “Alerta por ola invernal en el Valle del Cauca”, *El País*, Cali, 15 de octubre, 2003.
- “Aumentan casos de gripe porcina”, *El País*, Cali, 1 de mayo, 2009.
- Álvarez, A. M. y Andrus, J. (2005). Consideraciones para la vacunación en caso de una pandemia de influenza. *Med UNAB*, 8 (3), 191-196.
- Benenson, A. (1992). *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Washington D.C., USA: OMS-OPS.
- Camiruaga, E. (1985). *La epidemia de gripe de 1918 en Bilbao*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización – ACIP, (1996). Prevención y control de la influenza. *Médico Interamericano*, 15 (10), 589-604.
- “El dengue ya afectó 9 comunas”, *El País* Cali, 17 de febrero, 2010b.
- García, J. A. y Boshell, J. F. (2004). Modelos de simulación y predicción del comportamiento del dengue en cuatro ciudades de Colombia, incluyendo el clima como variable moduladora de la enfermedad. *Meteorología Colombiana*, (8), 53-59.
- Gould, F., Magori, K. y Huang, Y. (2006). Enfermedades transmitidas por mosquitos. *Investigación y Ciencia*, (359), 62-71.
- Gutiérrez, E. (2000). Impacto de la infección por virus de la influenza. *Infectio*, 4 (2), 18-32.
- Gutiérrez, E. y Gutiérrez, J. (2004). Influenza: ¿enfermedad suficientemente conocida?. *Pediatría*, 39 (3), 191-198.
- Instituto Nacional de Salud. (1999). *Informe quincenal epidemiológico nacional*, 4 (8).
- Instituto Nacional de Salud. (2009b). *Instructivo para recolección, conservación y transporte de muestras*. Bogotá, Colombia: INS.
- Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2009a). *Algoritmo para atención clínica de casos de dengue y dengue grave*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Instituto Nacional de Salud (2009c). *Recomendaciones para la recolección de muestras de pacientes con Dx de caso sospechoso de nuevo virus de influenza A H1N1*. Bogotá, Colombia: INS.

- Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2010). *Guía de atención clínica integral del paciente con dengue*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Instituto Nacional de Salud (2011). *Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda*. Bogotá, Colombia: INS.
- Izurieta, H. *Influenza: aspectos epidemiológicos básicos para el desarrollo de vacunas*. Washington D.C., USA: OPS.
- Jaramillo, C., Álvarez, G. y Granados, R. (1997). Dengue y dengue hemorrágico en Colombia desde la colonia hasta 1995. *Tribuna Médica*, 95 (1), 46-57.
- Lloyd, L. et al. (2006). Comunicación, movilización y participación: Lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre de dengue (FD). *Investigación y Desarrollo*, 14 (1), 120-151.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control*. Washington D.C., USA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud y Centers for Disease Control and Prevention (2006). *Protocolo genérico para la vigilancia de la influenza*. Washington D.C., USA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2009a). *Dengue y dengue hemorrágico*. Washington D.C., USA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2009b). *Control de infección. Precauciones específicas en IRAG inusitada o imprevista*. Washington D.C., USA: OPS.
- Pérez, J. y López, R. (2011). La lucha contra el dengue. *National Geographic*, 28 (3), 52-63.
- Salgado, H. (2002). *Influenza: actualización de conceptos*. *LATRELA*, 15 (4), 233-241. “Se notifican nuevos brotes epidémicos de dengue en el continente americano”, *El Hospital*, 51 (6), 68-83, 1996.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1989). *Seminario sobre descentralización y desconcentración – OPS/OMS Tomo 1*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2009a). *Boletín de la Alcaldía sobre el Dengue*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2009b). *Buenas y malas prácticas clínicas en el paciente con dengue*. Washington D.C., USA: Organización Mundial de la Salud.

- Secretaría de Salud Pública Municipal (2009c). *Influenza porcina*. Cali, Colombia: Programa Ampliado de Inmunizaciones - Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (2009d). *Boletín de prensa No. 4212.04-156. Administración municipal toma medidas preventivas*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2009e). *Plan de articulación de la atención para la pandemia humana*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2009f). *Medidas preventivas para mantenerse saludable*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2009g). *Plan de respuesta municipal contra la pandemia de influenza AH1N1*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2010a). *Informe de acciones para enfrentar la urgencia manifiesta por dengue*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2010b). *Capacitación sobre dengue*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2010c). *Presentación para los centros comerciales*. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Pública.
- Sussman, O. (2005). Resfriado común e influenza. *Acta de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 33 (4), 131-139.
- U.S. Department of Health and Human Services - HHS (1980). *Vector Topics: Biología y control del Aedes Aegypti*. Atlanta, USA: HHS.
- Vargas, M. A. (1999). Influenza: agente etiológico, manifestaciones, diagnóstico, prevención y control. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 47 (2), 82-88.

Fuentes Secundarias

- Armus, D. (2005). Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. En D. Armus (Comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (pp. 13-40) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Armus, D. (2005). Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940. En D. Armus (Comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (pp. 65-99). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

- Ávila, L. P. (2008). La prostitución en Cali a principios del siglo XX: un problema de grandes dimensiones para la salud y la higiene. *Prospectiva*, (13), 247-264.
- Comaroff, J. (2003). Ethnography on an awkward scale. Postcolonial anthropology and the violence of abstraction. *Ethnography*, 4 (2), 147-179.
- Corbin, A. (1987). *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Cueto, M. (2004). *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C., USA: OPS.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, (40), 283-318.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*. México D.F., México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XX.
- Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. Boston, USA: Harvard University Press.
- Londoño, A. (2008). *El cuerpo limpio. Higiene corporal en Medellín 1880-1950*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Márquez, Jorge. (2005). *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Noguera, C. E. (2003). *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín, Colombia: Cielos de Arena-Fondo Editorial de la Universidad EAFIT.
- Pedraza, Z. (1999). *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá, Colombia: Universidad de Los Andes.
- Petryna, A. (2002). *Life exposed. Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton, USA: Princeton University Press.
- Quevedo, E. et al. (2004). *Café y gusanos. Mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Silva, R. (2007). *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Stern, A. (2005). Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México post-revolucionario: hacia una historia de la ciencia y el estado, 1920-1960. En D. Armus (Comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (pp. 275-304) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Suárez, R., González, C. y Viatela, J. M. (2004). Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural. *Revista Colombiana de Antropología*, (40), 185-212.
- Vásquez, É. (2001). *Historia de Cali en el siglo 20. Sociedad, economía, cultura y espacio*. Cali, Colombia: Artes Gráficas del Valle.
- Vigarello, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid, España: Alianza.