

## La verdadera pandemia es la desigualdad, no la COVID-19

Paul Hersch Martínez (ASFM-INAH)

### *Un ejercicio de contexto en epidemiología*

La COVID-19 es hoy objeto de múltiples y disímiles consideraciones. Aparece como motivo de duelo y preocupación, pero también como una oportunidad de reflexión y denostación. Y ahora que todos somos epidemiólogos, virólogos, salubristas y hasta prestidigitadores, cabe el ejercicio de mirar más allá de lo inmediato, o de mirar, precisamente a través de lo inmediato, aquello que preside esa inmediatez.

El trabajo ha ido generando en nuestras sociedades cada vez más dinero y más riqueza, pero a su vez, cada vez más desigualdad y más depredación. Más comodidad y autocomplacencia en unos cuantos, y más sufrimiento e incertidumbre en muchísimos. Una visión de conjunto reconoce la liga entre el ordenamiento social dominante, selectivamente excluyente, y la virosis que ha tomado por asalto calles y hospitales, pero también medios de comunicación y ánimos. Ese asalto, sin embargo, ha sido sistemático y progresivo, tiene larga data y no lo generó el virus

Aunque México es uno de los países más desiguales de América Latina (Jusidman 2009), con la mitad de nuestra población en la pobreza y donde seis de las personas más acaudaladas concentran más riqueza que esos 62 y medio millones de compatriotas (Lawson y cols 2020), la desigualdad no es privativa de nuestro país. El año pasado, en el planeta, cerca de 600 millones de personas sobrevivieron con menos y mucho menos de 190 dólares al mes (PNUD 2019) y otros muchos por supuesto no sobrevivieron, al tiempo que 2,150 millonarios acumularon más riqueza que 4,600 millones de personas. Pero si entendemos a la desigualdad no solo como la distribución inequitativa de ingresos, sino de niveles de vida, de educación y de salud (PNUD 2019), el término denota un fenómeno complejo y multifuncional, relacionado con la discriminación étnica, de género y de lugar de residencia (Jusidman 2009). Y si además, desde una perspectiva epidemiológica contextual, entendemos a la desigualdad como parte de un complejo estructural que abarca exclusión, desatención, *ausencia programada* (Santos 2005), desechabilidad de seres humanos, colonialidad y subciudadanía, resulta manifiesto que la derivación de todo ello opera en una sinergia tan ubicua como patogénica.

Así, resulta un embuste fijar la atención exclusivamente en el virus que provoca la COVID-19, obviando las causas estructurales del problema. Esta focalización reduccionista remite al fenómeno de lo que en medicina se denomina un escotoma.

Ahora bien, un virus es una partícula de ácido nucleico, es decir de material genético, de moléculas largas de ADN o ARN, rodeado de un envoltorio de proteína, capaz de reproducirse a expensas de las células que invade. El virus SARS-CoV-2 que provoca la enfermedad COVID-19 consta de una cadena de ácido ribonucleico (ARN), y como todo virus, no tiene vida en sí mismo: ocupa la de otros, *se vale de la vida ajena*. Penetra en la célula y no se distrae: va directamente a la jefatura de donde provienen las órdenes. Opera con eficacia y de manera expedita, tomando el control del núcleo celular y una vez arrebatado el mando, instrumenta desde ahí a la célula para sus propios fines. Se apodera de ella, se reproduce vertiginosamente a su costa y en ese proceso la mata.

La metáfora está ahí, a la mano. ¿Es privativo del virus este proceder?

Un escotoma, a su vez, es un área del campo visual no perceptible para el individuo. La palabra proviene del término griego *skótos*, que significa “tinieblas, oscuridad”. Se trata de una incapacidad de captación de imágenes ajena a la voluntad de quien la sufre. Es una zona de ceguera parcial que usualmente denota afectaciones de índole oftálmica o neurológica, como lesiones de retina, del nervio óptico, de las áreas visuales del cerebro, o vascular, como sucede precediendo algunas migrañas.

Sin embargo, hay también *escotomas espurios*, contruidos socialmente en el transcurso del aprendizaje humano. En principio, no se trata de incapacidades de origen orgánico y expresión fisiológica, sino social. Aprendemos a ver, pero también aprendemos a no ver. Hacemos nuestras ciertas visiones ajenas, prestadas, o impuestas. De ahí proviene la necesidad de esa vigilancia epistemológica que constituye un referente en la búsqueda de conocimiento: el no asumir esas impresiones, propias o ajenas, aunque tengan una razón de ser, como hechos ciertos o definitivos.

Así, en otra perspectiva, ante este asunto de la COVID-19 estamos atestiguando el encuentro de una partícula de ARN con un escotoma.

Desde una perspectiva contextual, la partícula de ácido ribonucleico se monta en el caballo de la desigualdad y desde ahí, a galope, desigualmente se proyecta y daña. Se podría montar en una mula rejega, o de plano ir cojeando, con el riesgo de no llegar a su destino. Pero lo hace “en caballo de hacienda” y a galope, porque nuestra sociedad pone a su disposición un brioso corcel. El virus no cría caballos: simplemente los monta. Ese virus, sin con ello ignorar su propio potencial de daño a la salud, nos revela la condición del terreno, los vehículos que ponemos a su disposición; es decir, nos deja ver la naturaleza social de la dispareja distribución de oportunidades. La COVID-19 pone de manifiesto la distribución diferencial del daño evitable. Refleja las dinámicas y los alcances de la desatención y la

incuria, de las cuales se vale. Nos revela que la damnificación no es democrática ni igualitaria, ni aleatoria, sino selectiva, tal como se ha dado con los sismos en México (Hersch 2017).

Por eso los respiradores, las mascarillas N95, las camas y tantos otros recursos no se distribuyen aleatoriamente; no dependen del virus que nos hace ver, al vulnerar la salud, la damnificación estructural que existe con o sin la partícula de ARN. La privatización de los servicios, la comercialización de la atención médica, la mercantilización del sufrimiento, la venta de compasión, de respeto, de existencia, de sobrevida, todo entra en la cuenta. Tal vez la partícula de ARN nos restriega en la cara sin cubrebocas, y tal vez menos en la conciencia, el grado a que ha llegado la naturalización de la desigualdad y la exclusión en nuestra sociedad; pone de relieve lo soslayado: la ya asumida programación política y económica y, por consiguiente, la vulnerabilidad sanitaria de los selectivamente ausentados, de los *descartables* (Fassin 2018). Con la mitad de la población en la pobreza, hay quien, acomodado, descalifica a quienes no se encierran, pasando por alto que hay quienes salen aun a la calle impelidos por la necesidad, aunque de hecho viven, paradójicamente, confinados en un cerco de miseria que no requiere de microscopía electrónica para ser identificado.

Así, la incapacidad para apearse a medidas sanitarias de respuesta eficaz revela esa damnificación estructural, pero también su efecto diferencial. El mismo confinamiento, medida radical, esencialmente pertinente y la misma para todos, se convierte, al entrar en contacto con la realidad social, en una medida selectiva que proyecta la desigualdad y la exclusión de base, porque las condiciones de confinamiento no son parejas; hay quienes no tienen acceso suficiente a los satisfactores básicos, y ni siquiera, en condiciones “normales” lugar digno donde confinarse, de tal forma que el virus (y en este caso el confinamiento prescrito) viene a ponernos frente al espejo, de nuevo.

Y si las condiciones del terreno social son diferenciales, las del terreno fisiológico del individuo, los cuerpos y los sueños de los afectables, sus esperanzas y sus miedos también lo son: la obesidad, la hipertensión, la diabetes, el feminicidio, el racismo, la inseguridad se instalan cuando disponen de condiciones para ello, y en ellos encuentran terreno enfermedades como la Covid-19. La semilla, sin sustrato, no germina.

En tanto, el escotoma social tampoco es aleatorio: si el de tipo neurológico o vascular puede por su ubicación dar pistas de su origen, el escotoma social, el implantado o autoimplantado es también selectivo: no se ve aquello que incomoda, ni de lo propio ni de lo ajeno. Así, en este panorama a modo, el virus es el único protagonista y resulta funcional, porque permite que el resto del asunto quede, como suele ser, en la sombra.

### *La potencialización de las endemias*

Según la OMS, una *enfermedad* es una alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifiesta en síntomas y signos característicos, y de evolución más o menos previsible; una *epidemia* es una enfermedad que ataca a gran número de personas o animales en un mismo lugar y un mismo período de tiempo; una *endemia* es una enfermedad que afecta a un país o a una región determinada de forma habitual o en una fecha habitual, y una *pandemia* es la propagación mundial de una enfermedad.

El binomio de desigualdad-exclusión es una *enfermedad*: altera el estado fisiológico de la sociedad, tiene causas en general conocidas, se manifiesta por síntomas y signos característicos y evoluciona de una manera más o menos previsible. Es además *epidémica*, porque ataca a muchas personas en un mismo lugar y tiempo, *endémica*, porque lo hace de manera habitual, y además *pandémica*, porque el alcance de su propagación es mundial.

Así las cosas, la verdadera pandemia atribuida obsesivamente a una partícula de ARN no es en esencia viral, sino social. Si la medicina es política y las enfermedades, como la salud, tienen una determinación social, entonces la conducta de las enfermedades, sus modos de diseminarse, de prevalecer, de afectar y distribuirse se encuentran permeados de sociedad.

Ello no implica negar la relevancia de los mecanismos microbiológicos, bioquímicos, moleculares, tisulares, mecánicos y de tanto tipo que participan en los procesos patológicos y que se requiere por supuesto caracterizar, sino que implica *ubicarlos en su contexto*. Implica explorar de qué causa son efectos: cuál es precisamente el carácter o alcance social de la diseminación de las enfermedades y muertes, en particular de aquellas que son evitables. Esta es de hecho la palabra clave: la *evitabilidad*, porque la conciencia de lo evitable remite precisamente a una responsabilidad humana, ante la determinación social de los daños a la salud.

Así, desde una epidemiología incluyente, es decir, coherente con su definición misma, el que una infección sea endémica o inclusive pandémica conlleva procesos de determinación social a explorar, denunciar y resolver. La desigualdad marca su impronta en los cuerpos humanos (Fassin 1996).

Dos ejemplos de ello están a la mano. Uno es el perfil de los sujetos que presentan mayor vulnerabilidad al ataque viral. Ellos ya portan en su cuerpo su extracción de clase, su proveniencia cultural, su adscripción de género, y portan así la impronta de sus condiciones de vida, ambientales, laborales. Su organismo es o no, en virtud de ello, terreno propicio para la replicación del virus. Y eso no es mérito de

la cadena molecular del ARN. Eso en cuanto a la vulnerabilidad construida del individuo como tal y en colectividad. La otra cara de la moneda en este binomio es el proceso de privatización de la atención médica impulsado en nuestro país en el transcurso de los sexenios previos (López y Jarillo 2017). Es la *ausencia sanitaria programada* de un sector de la población y la ley del “sálvese quien pueda”. Y tampoco ello es mérito de la diminuta partícula de ácido ribonucleico.

Es decir, al oportunista lo hace la oportunidad (y también la mala entraña ya inherente a su naturaleza, en este caso su configuración molecular y su vocación parasitaria). El desmantelamiento de la salud pública plasmado en su afectación a la calidad, accesibilidad y eficacia de los servicios, determina en mucho la letalidad de la virosis, es decir, la proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma en un periodo y área determinados.

Ahora bien, cuando se habla de lo habitual en epidemiología, y en particular de las “enfermedades habituales” como situaciones “normales”, aparecen las endemias. Y lo usual, en términos sociales, es algo que termina por naturalizarse. De ahí la existencia de endemias sociales que se potencializan entre sí, y es esa sinergia la verdadera pandemia: es el despliegue disparado por una conjunción de procesos ya arraigados, endémicos. Si el virus se vale de la célula y usurpa su control, a otra escala, se vale a su vez del ordenamiento social excluyente que le permite saltar del alcance celular al colectivo.

Así, la pandemia en curso es el alcance mundial de la sinergia de las endemias sociales de exclusión y desigualdad, efecto conjunto de la *mercantilización a ultranza de todo* en esta etapa del capitalismo, de la *ausencia de democracia participativa real*, de la *colonialidad*, con su *jerarquización impuesta pero naturalizada de seres humanos, saberes, lugares y sentires* (Restrepo y Rojas 2010), del *patriarcado* y de la *depredación sistemática de la vida*. En su potencialización, ésta síntesis tóxica, inédita en su capacidad de damnificación global y de producción individualizada de sufrimiento en las vidas concretas de los damnificables concretos que a su vez genera, tiene el alcance global de una pandemia clásica. Sin embargo, la minimización de estas endemias causales y de su alcance conjunto, conforma precisamente el escotoma socialmente construido.

En lugar de la necesaria y sana *escepticismo* que prescribía Skrabanek (1999), tenemos la sangre saturada de noticias y pseudonoticias de todo tipo. Los locutores se han convertido en epidemiólogos. Si se analizan los mensajes de todo tipo que dominan las llamadas “redes” que en rigor lo son, pero a menudo de alienación, vemos que esta contingencia es objeto de información y reflexión valedera, pero a su vez de manipulación, de falsedades, de llamados milenaristas al pensamiento mágico, de campañas políticas de desprestigio, de *campañas personales de autodesprestigio*, y en particular, son el vehículo de

implantación y diseminación del escotoma social referido, consistente en este caso, en síntesis, en la construcción de una partícula de ARN como causa sin causa, como chivo expiatorio, cargando una malignidad que no es viral ni suya, sino que es social y nuestra. Es decir, el virus puede porque como sociedad lo facultamos para ello. Y damnifica a unos, y no a otros, por lo mismo.

Con las medidas de confinamiento preconizadas para disminuir los contagios, la verdadera *pandemia madre* se plasma en una cartografía geopolítica: ahí donde hay recursos el encierro es posible, y ahí donde se vive al día, el encierro potencializa el daño, a expresarse en función de cómo esa sinergia patogénica determina la configuración de las condiciones particulares de vida de los individuos, previas a cualquier virus.

Así, el objeto de la epidemiología es una cadena de encuentros. Las causas tienen causas. En una cadena sin sentido, lo determinado determina. Nosotros mismos somos causa y efecto, tal vez porque no llegamos a ser de manera significativa en otros, ni pausa, ni afecto. Alguien se topa con un virus y puede morir como consecuencia de ese encuentro, y puede ser que no haya siquiera quién recoja en días su cadáver dejado en la vía pública. Otro, en cambio, se topa con otro virus exactamente de la misma ralea, y ni siquiera se percata de ello. La muerte del primero no terminará ahí. Termina para quien se muere, pero esa muerte, a su vez, nutrirá otros procesos causales, será a su vez un final y un inicio. Y lo que hace posible esa cadena sin sentido es nuestro “ordenamiento” social patogénico.

Confundimos las causas con las consecuencias. Se afirma que consecuencias de una virosis por su extensión y su letalidad pueden ser, en un extremo, el colapso de un sistema de atención médica, o el miedo diseminado. Pero esas constituyen a su vez expresiones: son, en la terminología médica, signos (manifestaciones objetivas) o síntomas (manifestaciones subjetivas). Sin embargo, ni el colapso de ese sistema médico ni el miedo diseminado son estrictamente consecuencia lineal ni directa de la virosis, como tampoco es suficiente la capacidad nociva del virus, es decir, su patogenicidad, para enfermar y matar. Y aquí cabe justamente lo que Santos advierte sobre la distribución diferencial del miedo y la esperanza en nuestra sociedad, y la incertidumbre abismal, de aquellos que, sin asomo alguno de esperanza, viven en la certeza del destino de tener que sufrir el mundo por injusto que sea (2016: 331).

Toda seria vicisitud, toda adversidad de consideración, coloca a las sociedades y a los individuos en condiciones tales que ponen de manifiesto su trama profunda de posibilidades y contradicciones, usualmente desapercibida. Son los momentos críticos, en efecto, los que ponen a prueba la integridad y coherencia de los organismos, de los seres humanos y de las estructuras.

El daño evitable a la salud tiene una causalidad estructural. Los procesos de desatención e incuria que subyacen en la damnificación, como los procesos de atención y cuidado que subyacen en la salud, aún ubicables en sus coordenadas biológicas y físicas particulares, tienen todos una determinación social. Y en este tenor, las graves consecuencias económicas de la pandemia tampoco son mérito del virus, que en realidad no es una partícula de ARN, sino una minúscula gota de agua que derrama un vaso rebosante de desigualdad y exclusión.

No, no es el virus: la verdadera pandemia es la sinergia patogénica de nuestras endemias sociales, estructurada a partir de tres procesos de desigualdad y exclusión íntimamente vinculados: el capitalismo, la colonialidad y el patriarcado. Su sinergia le confiere protagonismo a una diminuta partícula de ARN y determina así el alcance de una virosis.

Ojalá sólo fueran palabras, entelequias o abstracciones, pero no lo son. Esos tres puntales actúan en sinergia, con un poder y capacidad de diseminación tal que rebasa, en tiempo y espacio, al de cualquier virus: configuran el terreno patogénico de base donde, a través de la desigualdad y la exclusión, se expresan diversas modalidades de daño, persistentes y ubicuas, que tienen ya hoy un alcance planetario. Visibilizar ese terreno patogénico y sus determinantes es un paso fundamental para incidir en el proceso.

## Referencias

- Fassin, Didier, 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, París: PUF.
- \_\_\_\_\_, 2018, *Por una repolitización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Hersch, Paul, 2013, "La dimensión política y epidemiológica de un terremoto: apuntes en torno a la damnificación naturalizada", *En el Volcán Insurgente* 50:28-59, en: <http://enelvolcan.com/ediciones/2017/50-julioseptiembre-2017>
- \_\_\_\_\_, 2017, "Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria", *Salud Pública de México* 55(5):512-518.
- Jusidman, Clara, 2009, "Desigualdad y política social en México", *Nueva Sociedad* 220:190-206.
- Lawson, Max y cols., 2020, *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*, Oxfam International, en: [www.oxfam.mx/sites/default/files](http://www.oxfam.mx/sites/default/files)
- López-Arellano, Oliva y Edgar Jarillo-Soto, 2017, "La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano", *Cadernos de Saúde Pública* 33 (Suppl 2) 27 e00087416.
- PNUD, 2019, *Más allá de los ingresos, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdad del desarrollo humano en el siglo XXI*, en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_es.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_es.pdf)
- Restrepo, Eduardo y Axel Rojas, 2010, *Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*, Popayán: Universidad del Cauca.
- Santos, Boaventura de Sousa, 2005, *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*. Madrid: Trotta.
- \_\_\_\_\_, 2016, *La difícil democracia. Una mirada desde la periferia europea*, Madrid: Akal.
- Skrabaneck, Petr, 1999, *La muerte de la medicina con rostro humano*, Madrid: Díaz de Santos.