

ANALES
DEL
INSTITUTO DE CHILE

VOL. XXXIX

ESTUDIOS
SOCIEDAD Y PANDEMIA
Miradas desde el Instituto de Chile



2020

ANALES
DEL
INSTITUTO DE CHILE

ESTUDIOS

SOCIEDAD Y PANDEMIA
Miradas desde el Instituto de Chile

ANALES DEL INSTITUTO DE CHILE
© Instituto de Chile, derechos reservados
ISSN 07-16-6117

Almirante Montt 453, Santiago
Casilla 1349, Correo Central, Santiago de Chile
www.institutodechile.cl

Representante legal
ADRIANA VALDÉS BUDGE
Presidenta del Instituto de Chile

Director
FERNANDO LOLAS STEPKE

Edición
ÁLVARO QUEZADA SEPÚLVEDA

Diagramación
FABIOLA HURTADO CÉSPEDES

Las opiniones vertidas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no representan necesariamente el parecer de la institución.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin el permiso previo del Director.

La correspondencia académica y comercial deberá dirigirse a nombre del Director a la dirección del Instituto de Chile, Almirante Montt 453, Santiago, teléfono 26854400.

Edición de trescientos ejemplares, impreso en Andros Impresores, Santiago, diciembre de 2020.

IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

ANALES
DEL
INSTITUTO DE CHILE

VOL. XXXIX

ESTUDIOS
SOCIEDAD Y PANDEMIA
Miradas desde el Instituto de
Chile



2020

INSTITUTO DE CHILE

Creado por *Ley N° 15.718*, de 30 de septiembre de 1964, reformulado por *Ley N° 18.169*, de 15 de septiembre de 1982.

Es una “...corporación autónoma, con personalidad jurídica de derecho público y domicilio en Santiago (...) destinada a promover, en un nivel superior, el cultivo, el progreso y la difusión de las letras, las ciencias y las bellas artes (...) constituida por la Academia Chilena de la Lengua, por la Academia Chilena de la Historia, por la Academia Chilena de Ciencias, por la Academia Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y Morales, por la Academia Chilena de Medicina y por la Academia Chilena de Bellas Artes” (Arts. 1 y 2, *Ley 18.169*).

MESA DIRECTIVA

ADRIANA VALDÉS BUDGE

Presidenta

JOAQUÍN FERMANDOIS HUERTA

Vicepresidente

ABRAHAM SANTIBÁÑEZ MARTÍNEZ

Secretario General

JUAN ASENJO DE LEUZE DE LANCIZOLLE

Tesorero

CONSEJO DEL INSTITUTO DE CHILE

CONSEJEROS

DOÑA ADRIANA VALDÉS BUDGE, *directora de la Academia Chilena de la Lengua*

DON IVÁN JAKSIC

DON ABRAHAM SANTIBÁÑEZ MARTÍNEZ

DON JOAQUÍN FERNANDOIS HUERTA, *presidente de la Academia Chilena de la Historia*

DON SERGIO MARTÍNEZ BAEZA

DON JORGE HIDALGO LEHUEDÉ

DOÑA MARÍA CECILIA HIDALGO, *presidenta de la Academia Chilena de Ciencias*

DON JUAN ASENJO DE LEUZE DE LANCIZOLLE

DON GUIDO GARAY BRIGNARDELLO

DON JOSÉ LUIS CEA EGAÑA, *presidente de la Academia Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y Morales*

DON JAIME ANTÚNEZ ALDUNATE

DON RODOLFO ARMAS MERINO, *presidente de la Academia Chilena de Medicina*

DON JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES

DON HUMBERTO REYES BUDELOVSKY

DOÑA SILVIA WESTERMANN ANDRADE, *presidenta de la Academia Chilena de Bellas Artes*

DOÑA CARMEN LUISA LETELIER VALDÉS

DON JOSÉ VICENTE GAJARDO MARDONES

COMISIÓN EDITORA
ANALES DEL INSTITUTO DE CHILE
ESTUDIOS, MEMORIAS Y DOCUMENTOS

Fernando Lolas Stepke
Director

Abraham Santibáñez Martínez
Secretario General, Instituto de Chile

Ascanio Cavallo Castro
Representante Academia Chilena de la Lengua

Álvaro Góngora Escobedo
Representante Academia Chilena de la Historia

José Rodríguez Elizondo
Representante Academia Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y
Morales

José Adolfo Rodríguez Portales
Representante Academia Chilena de Medicina

Enrique Solanich Sotomayor
Representante Academia Chilena de Bellas Artes

SUMARIO

ADRIANA VALDÈS <i>Proemio</i>	15
FERNANDO LOLAS STEPKE <i>Sociedad y pandemia. Miradas desde el Instituto de Chile</i>	19
FERNANDO LOLAS STEPKE <i>El desafío de la sindemia actual: hacia una hermenéutica de la salud</i>	21
SERGIO LAVANDERO, ANDRÉS RAMÍREZ-REYES, MARÍA JOSÉ OLIVARES <i>¿Qué sabemos del SARS-CoV-2?</i>	31
LUIS FIDEL AVENDAÑO CARVAJAL, MARCELO WOLFF REYES <i>COVID-19: la pandemia por un nuevo coronavirus</i>	47
RAMÓN FLORENZANO Y MANUEL UGALDE <i>Salud mental, enfermedades y COVID-19</i>	73
LEONARDO MAZZEI DE GRAZIA <i>Las epidemias en la historia de Chile. Una revisión historiográfica</i>	89
AGUSTÍN SQUELLA <i>Ética y pandemia</i>	117
JOSÉ RODRÍGUEZ ELIZONDO <i>Nuevo orden mundial: ¿con o sin democracia?</i>	137
CLAUDIO GROSSMAN <i>Pandemia y Derecho internacional</i>	167

MARISOL PEÑA TORRES <i>El Derecho pospandemia</i>	187
RICARDO LÓPEZ PÉREZ <i>Los rostros de la pandemia: un acercamiento literario, histórico y filosófico</i>	209
ASCANIO CAVALLO <i>Pandemias, vampiros y zombies</i>	233
ABRAHAM SANTIBÁÑEZ <i>Periodismo en tiempos de pandemia. Lecciones de la crisis sanitaria en el ejercicio de la libertad de información</i>	261
EDUARDO ENGEL <i>Pandemia en Chile: los desafíos que vienen</i>	281
ÍNDICE TEMÁTICO	291
ÍNDICE ONOMÁSTICO	299

PROEMIO

Estamos frente a un volumen excepcional de la revista *Anales del Instituto de Chile*. Corresponde a un año extraordinario en la historia del país. Desde que cerramos el volumen anterior de *Anales*, la convulsión social primero, y la pandemia después, cambiaron el paisaje humano y político, nuestras formas de trabajo cotidiano, las relaciones en el seno de la sociedad. La convulsión social es excepcionalmente gravitante en Chile, pero es también un fenómeno mundial; son pocos los países que escapan de un clima de ingobernabilidad y de descrédito de la política tradicional. La pandemia, por su parte, es un fenómeno que afecta casi todo el planeta. La conjunción de ambas crea interrogantes impensables hace un año, y de una urgencia que linda con lo angustiioso. Surgen preguntas largamente postergadas. Adquieren importancia capital ciertas dimensiones de la ética y del pensar que solían pasarse por alto en aras de urgencias económicas y políticas. La miopía de las reflexiones de entonces queda en evidencia a la luz de inesperados acontecimientos.

Sociedad y pandemia. Miradas desde el Instituto de Chile es un contundente volumen de estudios que responden, desde muy distintos ángulos, a la insólita situación que enfrentamos. El Instituto, que desde su escudo mismo nos está proponiendo una relación entre diversas disciplinas de las ciencias y las artes, es un lugar propicio para el pensamiento multidimensional y transdisciplinar que los tiempos exigen. El volumen abarca prácticamente todas las dimensiones que hoy son de acuciante interés para los lectores informados.

Por cierto, aquí nos encontraremos con una perspectiva científica y con el conocimiento que buscamos acerca de un virus que aún no hemos logrado dominar. Esta perspectiva y este conocimiento son los que nos pueden llevar, ojalá más temprano que tarde, a una “vacuna salvadora”. Qué duda cabe, sin embargo, que ni aún esa ansiada vacuna será suficiente. El brote epidémico en Chile, desmesurado en el mun-

do, ha dejado en evidencia las debilidades de nuestra sociedad. Incluso para distribuir las vacunas, en el caso de haberlas, sería necesario un mínimo de armonía social que parece todavía lejana entre nosotros, un mínimo de confianza en las instituciones y en las autoridades, una firme orientación hacia una distribución igualitaria entre quienes ostentan y quienes no ostentan los distintos tipos de poder. La ciencia y la medicina se entrecruzan en este punto con temas tratados por las ciencias sociales y por la política.

La ciencia y la medicina se juntan con las ciencias sociales y las humanidades, también tratándose de la salud mental. Las cuarentenas, las prohibiciones y el aislamiento potencian los rasgos antisociales; la muerte de muchos miles, en condiciones de aislamiento y soledad, no solo es tragedia personal sino familiar y social, y sus ecos remecen las bases de comunidades que no han podido hacer ritos de duelo ni recibir la solidaridad de sus semejantes.

Las incertidumbres que rodean a la pandemia producen confusiones y angustias, las que son exacerbadas por la histeria habitual en las redes sociales, donde suelen refugiarse los más solitarios, y donde una corriente adictiva de noticias instantáneas y dudosas toma el lugar de una información responsable. Esto no solo daña a los individuos, sino a la convivencia social; lleva a perpetuar estereotipos, a crear miedos y a rebajar el nivel del lenguaje. Es lamentable este uso de prodigiosos instrumentos de comunicación. (Cuando son utilizados a contracorriente, pueden crear comunidades de afectos y conocimiento entre personas muy diversas, y conexiones sorprendentes de pensamiento.) Encontraremos aquí valiosas reflexiones sobre el periodismo en estos tiempos, sobre su responsabilidad social y sobre el valor de la información “veraz, leal y oportuna”, además de un recuento de las maneras en que se ha enfrentado la información sanitaria en el último siglo.

La historia de las pestilencias, de las epidemias, de las muertes masivas tiene una fascinación particular en este momento histórico, y este volumen le dedica uno de sus ensayos. Muchos lectores se verán sorprendidos por los datos y las reflexiones más recientes sobre aquellas pestes europeas que diezmaron las poblaciones nativas en América, y sobre las condiciones sanitarias en nuestro país hasta hace muy poco tiempo.

Es difícil que un lector o lectora, por mucha información que tenga, haya alcanzado a pensar en todas las dimensiones sociales de esta pandemia. Resultan muy iluminadoras las consideraciones jurídicas, pues incluyen las muchas situaciones nuevas que se han producido, especialmente en lo laboral y familiar, que requerirán reformas y pueden reforzar la familia, por una parte, y el trabajo de las mujeres, por otra, entre muchos otros temas.

Y vamos llegando al pensamiento y a la imaginación, dimensiones indispensables y emparentadas por el carácter de “pensamiento experimental” que Ursula LeGuin proponía para la ficción, especialmente la anticipatoria. El cine ha sido un medio privilegiado para comunicar masivamente este tipo de ficciones: aquí podrá el lector dejarse llevar por muchísimos monstruos pestíferos con los que ha experimentado la imaginación colectiva.

El pensamiento, por su parte, se ve muy exigido por las nuevas circunstancias. Es notable repensar, como se hace en este volumen, la noción de salud en términos del “silencio del cuerpo”, y explorar la pandemia como una sindemia desde una perspectiva transdisciplinar. La dimensión ética de la pandemia, abordada en muchos de los ensayos, responde a la profunda inquietud expresada en un verso: “Porque, Rimbaud, el hombre no puede ser tan poca cosa”. La discusión sobre valores democráticos (“Es siempre mejor contar cabezas que cortarlas”, Bobbio) y sobre el talante moral de las personas, sus hábitos de bien, se encontrarán también en este contundente volumen.

Solo queda felicitar calurosamente a los autores, al director Dr. Fernando Lolas S. y a todos cuantos participaron en la edición. Este número será muy importante en la historia de nuestros *Anales*, de nuestro Instituto y, esperamos, de nuestro país.

Adriana Valdés
Presidenta
Instituto de Chile

SOCIEDAD Y PANDEMIA. MIRADAS DESDE EL INSTITUTO DE CHILE

FERNANDO LOLAS STEPKE¹

Los *Estudios*, parte integrante de *Anales del instituto de Chile*, recogen contribuciones de académicos y especialistas sobre temas que el Comité Editorial ha considerado de relevancia y en los cuales las academias pueden brindar experiencia y opinión.

En este volumen se aborda, en múltiple perspectiva, lo que es sin duda la conmoción más importante experimentada por la humanidad en lo que va del siglo XXI, la pandemia viral.

Las contribuciones recogidas en este volumen interpelan diversos saberes, con distintas retóricas. En ellas prima el afán por plantear interrogantes y por brindar perspectivas que orienten la reflexión.

Desde los fundamentos científicos y médicos, tal y como los entienden las ciencias básicas y la medicina, hasta las formas de comunicación social ejemplificadas por el periodismo y la difusión de noticias, se consideran en este volumen los aspectos jurídicos, éticos y sociales de la situación de emergencia que experimentan por igual las naciones ricas y pobres.

Especial importancia reviste el análisis de las consideraciones jurídicas. No solamente hay desafíos al Derecho constitucional y a las regulaciones internacionales, durante y después de la pandemia. El tema de las relaciones entre Estados, propiamente las relaciones internacionales, produce tensiones en muchos frentes, el no menor de los cuales se refiere al orden mundial y a las normas que regirán la justa distribución

¹ Director, *Anales del Instituto de Chile y Acta Bioethica*. Académico de Número, Academia Chilena de la Lengua, Correspondiente de la Real Academia Española. Académico Honorario, Academia Chilena de Medicina y Academia Nacional Mexicana de Bioética. Académico Correspondiente Extranjero, Academia de Ciencias Médicas de Córdoba, Argentina.

de los bienes civilizatorios que la pandemia ha puesto de relieve, tanto en lo conceptual como en lo económico.

En los confines de la reflexión se encuentra también la necesidad de indagar por las dimensiones éticas y por el registro literario e histórico. Como insoslayable componente de la cultura, las expresiones cinematográficas también encuentran cabida en este volumen. Los puntos de vista complementarios enriquecen la comprensión. Obsérvese que cada perspectiva no solamente apunta a un acervo y no significa solamente un tipo de información. Cada perspectiva viene cualificada también por una retórica particular y por una forma específica de preguntar y responder.

En la amalgama de discursos que significa integrar saberes y ficciones no hay conclusiones definitivas o imperecederas. Quienes contribuyen a este volumen son proponentes de visiones y puntos de vista. Puede haber pronósticos, profecías, experiencias y enseñanzas. El registro es vasto, la autoría diversa, los énfasis variados. Lo valioso es el conjunto, la fertilización cruzada entre textos.

Para concretar esta publicación fue necesaria la contribución de quienes escribieron, la ayuda indispensable del editor Álvaro Quezada, la asesoría e indicaciones del Comité Editorial y la confianza de las autoridades del Instituto de Chile.

Esperamos que estas contribuciones encuentren su lugar en la historia del pensamiento sobre sociedad y pandemia.

EL DESAFÍO DE LA SINDEMIA ACTUAL: HACIA UNA HERMENÉUTICA DE LA SALUD

FERNANDO LOLAS STEPKE¹

RESUMEN

Este texto desarrolla la idea de que la salud es el enigma del silencio orgánico que puede extrapolarse a la paz y la armonía de las sociedades. Cuando un trastorno se hace presente afecta globalmente este estado, independientemente de su origen o causa. Esta afectación global pasa de ser *pandemia* viral a *sindemia* social. Esto significa que la perturbación se extiende a todas las esferas de la vida y plantea dilemas sobre las prioridades que deben considerarse para solucionar los desafíos. En este contexto se evidencian las limitaciones del modelo causal aplicado por la cientificidad científico-natural en su vertiente médica. La propuesta de una perspectiva comprensivo-hermenéutica como complementaria se fundamenta en su ubicuidad en el pensamiento médico, sofocada transitoriamente por la unilateralidad del pensamiento científico hegemónica.

Palabras clave: pandemia, sindemia, medicina, hermenéutica.

¹ Profesor Titular, Universidad de Chile. Profesor, Universidad Central de Chile. Académico de Número, Academia Chilena de la Lengua, Correspondiente de la Real Academia Española, Académico Honorario, Academia Chilena de Medicina y Nacional Mexicana de Bioética. Académico Correspondiente, Academia de Ciencias Médicas de Córdoba, Argentina. Director, *Acta Bioethica* y *Anales del Instituto de Chile*.

LA SALUD COMO SILENCIO

Verborgenheit der Gesundheit es el título de un libro de ensayos en que Hans Georg Gadamer reflexiona sobre el misterio de la salud, su carácter inefable. La palabra adecuada sería la “misteriosidad” de la salud, su secreto insondable, pues no se deja expresar bien ni medir exactamente (Gadamer, 1993).

La salud perfecta se caracteriza por el silencio orgánico. Se está sano cuando todo funciona en una misteriosa armonía, que se toma por obvia mientras se tiene. Cuando falta, empieza el malestar, la discapacidad, la minusvalía. Se hace necesario recurrir a otras personas, entre ellas los médicos.

Pero los médicos no son expertos en salud. Son expertos en males y enfermedades. No conocen la salud mejor que todo el mundo. La conocen no como médicos, sino como personas, por personal experiencia.

Esto es diferente del estado de completo bienestar que la definición canónica de OMS propone. Lo ella describe no es la salud, es la felicidad total: el Nirvana. Algo imposible de tener.

La salud, en cambio, es la mudez del cuerpo y del alma, la *Vorhandensein* de las posibilidades receptivas y expresivas, el tener a la mano sin pensar, el disponer de sí mismo y del cuerpo.

También vale esto para la salud de las poblaciones. Los pueblos felices, suele afirmarse, son los pueblos sin historia. Cuando nada pasa se dice que hay salud. Es verdad que las categorías de salud y enfermedad solo metafóricamente pueden aplicarse a las sociedades. La idea de una sociedad enferma requiere definiciones especiales. Sin embargo, en ambos planos, el individual y el societario, puede decirse que la salud equivale al silencio, a la vida sin más. Con sus alternancias de bienestar y malestar, con oscilaciones y retrocesos. Pero sin mayores perturbaciones o limitaciones.

LA MEDICINA Y LAS PERTURBACIONES

Cuando el filósofo piensa en la medicina, distingue entre su vertiente científica, derivada de la aplicación de las ciencias empírico-naturales a su ejercicio, y su aspecto de arte (*Heilkunde*), que procede de la praxis y la experiencia inmediatas de sus practicantes.

De todas las *technai*, la medicina es especial porque no produce nada nuevo. Se supone que restaura una condición natural, que es la normalidad o la salud. No hay un *ergon*, solamente acciones. Debe contar siempre con la ayuda de la Naturaleza, pues es su plenitud lo que se busca restaurar, esa misteriosa salud que no se deja reducir a medida y que es una perfección inefable. Una virtud, algo excelente.

De hecho, la medicina es, no una ciencia de objetos, sino una *ciencia de acciones*. Su perfección no consiste en producir sino en actuar. Se sirve de las ciencias, pero no es en sí misma parte de ellas, pues lo que interpela es insible como producto material o conceptual (Lolas, 1996).

Lo que se experimenta como enfermedad o trastorno cambia el silencio por ruido. El cuerpo habla, se hace presente. Es como el aire de las ciudades, que se percibe solamente cuando se ensucia. El dolor, la limitación, la deformidad traen a la presencia algo que se daba por descontado. Aparecen perturbaciones y trastornos. Se ha roto el orden natural de la salud, lo que era evidente.

También ocurre así en las comunidades. Las que son felices, como las familias felices de que habla Tolstoi, no tienen mucho que contar. Los cuentos infantiles terminan con las palabras “fueron felices por muchos años”. Se acaba la peripecia, la aventura.

Las perturbaciones sociales hacen historia. La monotonía del tiempo feliz se resquebraja, se hace denso el transcurrir, ocurren cosas. Es como la enfermedad del cuerpo, que hace denso el tiempo del sufrimiento y borra esa transparencia muda del estado de salud.

LA MUDEZ DE LA PAZ Y LA SALUD SE ALTERA EN EL TRASTORNO. EXPLICACIÓN Y COMPRENSIÓN

Lo importante de estas consideraciones es que la enfermedad y el trastorno, al quebrar la mudéz de la salud y de la paz, producen un cambio cualitativo. Ni el tiempo transcurre igual ni las esperanzas son las mismas. Se anulan los supuestos. El porvenir ya no es lo que era. Dominan las aprensiones por el futuro.

Se ha cambiado el tejido, el texto de lo cotidiano. Ello exige una respuesta. Incluso la resignación y el no hacer nada son respuesta.

Las respuestas se dan de varias maneras. Por una parte, se intenta explicar. Explicar es buscar causalidades. Forma preferida de la racionalidad instrumental, dicese que científica, preside la conciencia occidental desde la instalación de la razón ilustrada. Nada ocurre sin causas y la tarea de la ciencia es ponerlas de manifiesto. Esta explicación a veces se antropomorfiza y se convierte en busca de culpables.

También puede intentarse la *comprensión*, forma de aprehender la realidad diferente de la *explicación*. Quien comprende lo hace a través de *vivencias*, apropiaciones de sentido que tienen valor en las conciencias, aunque no descubran causalidades. Hay situaciones que se entienden, que hacen sentido, pero que no pueden reducirse a causas y efectos.

La mentalidad mecanicista de las ciencias empíricas se satisface cuando se reproduce un efecto creando sus causas. Esto es el experimento. Difiere de la experiencia en que ésta es producto maduro del trato reiterado con las cosas convertido en hábito y maestría. El experimento fuerza a la naturaleza, la experiencia es fruto de la sujeción a la naturaleza. El *subjectum* no es amo, es servidor de lo natural.

Cuando se produce la alteridad de lo enfermo y de lo anómalo se trata de un nuevo “texto vital”. Y este texto, por ser nuevo, requiere nuevos juegos: explicar y comprender se convierten en tareas inéditas.

Aunque se haya estado enfermo, todo trastorno plantea nuevos desafíos. La experiencia de haber sido enfermo no sirve para las nuevas dolencias. El silencio de la salud se subvierte de modos siempre distintos. El mal, como enseña el Evangelio, tiene muchas caras. El bien en cambio es unívoco.

Tampoco los trastornos societarios dejan huellas reproducibles. Puede haber revoluciones, pestes, catástrofes, pero nada de eso sirve para el desafío nuevo. Las presuntas enseñanzas de la historia raramente sirven, excepto —quizá— para prevenir y evitar. Nunca para afrontar.

LOS TRASTORNOS SOCIALES DE LA SINDEMIA. HACIA UNA HERMENÉUTICA SANITARIA

¿Cuál es el objetivo de esta reflexión?

El trastorno o la enfermedad claman por causas, explicaciones y comprensión. Se rompe el silencio de lo sano. Pero esta ruptura nunca es parcial. Toda enfermedad es minoración global.

La tendencia “abstractiva” de las ciencias empíricas ha llevado a distinguir “objetos” y “eventos”. Las enfermedades se nominan y clasifican según varios principios: lugar (célula, tejido, órgano), momento vital (infancia, madurez, vejez), decurso (agudas, crónicas, recurrentes). Se configuran entidades aislables, pensables, manejables. Los nombres dan poder y dominio. Para una ciencia de lo anómalo, tener categorías simplifica la asignación de causalidades. Cada entidad mórbida da respuesta a una pregunta concreta y se apoya en bases comprobables.

Pero quienes padecen no padecen solamente en su hígado o en su corazón. Padecen en su humanidad total. No hay ventaja para el doliente en saber que tiene un cáncer hepático. Porque el hígado es su hígado y la mudez del cuerpo se ha alterado en forma global. Se padece no en el hígado sino en la vida.

Lo propio acontece con la salud colectiva. Es igual que la causa sea una epidemia, una catástrofe telúrica, una insurrección armada. La salud social se ha quebrado. Hay ruido en la vida comunitaria.

Los procesos de *explicar* y *comprender* muestran aquí sus diferencias. Explicar se aplica a los átomos del entendimiento. Pueden interactuar como las bolas de billar en la imaginación. El microbio causa la enfermedad. El tumor se produce porque unas células se alteran.

Igual en las sociedades. El virus entró a contagiar personas y altera la vida. El volcán destruyó parte de la ciudad. Pero hay más que eso. La

vida total se ha perturbado. Y allí la racionalidad causal creada por la razón instrumental toca sus límites. Comprender no es solamente identificar causas. Aunque intuitivamente parece tener sentido, el discurso sobre los “determinantes sociales de la salud” para explicar patologías es tan obscuro como el “misterioso salto de la mente al cuerpo” con que Deutsch fundaba la patología somática basada en el psicoanálisis. En ambos casos se trata de identificar los eslabones intermedios entre los orígenes o causas y los resultados o efectos.

Ello no invalida el examen de las condiciones globales. Por el contrario, lo hace aún más imperioso. Porque precisamente allí donde enmudecen las cifras y las estadísticas entra la comprensión de sentido que depende de la sensibilidad y la vivencia, y que obliga a precisar que se trata de lenguajes diferentes que responden a finalidades y preguntas diferentes.

El nuevo texto de alteridad que el trastorno crea exige una hermenéutica. Comprender e interpretar es distinto de explicar. Compréndense siempre totalidades. Y el círculo hermenéutico va de lo global a lo particular, y viceversa. Se sitúa lo que parece ser “el” problema en el plexo de “los” problemas. Así, un virus causa trastornos y puede explicarse. Pero la sociedad sufre en muchos planos.

Toda pandemia es una sindemia. Hay una *sinergia* entre distintas formas de alteración. Virus, desigualdades, injusticias, equilibrios psicológicos. Todo se altera.

Podríamos decir que el virus es “*ocasión*” para que se manifieste el trastorno. Pero el trastorno afecta a todas las esferas de la vida. Hay sinergia entre el contagio y el descontento social, entre el virus y el miedo o la angustia, entre las limitaciones de la vida social y la necesidad de sobrevivir económicamente.

El círculo hermenéutico, en estas circunstancias, puede enriquecerse con la idea de un “ámbito de experiencia” (*Erfahrungsraum*) y “horizonte de esperanza” (*Erwartungshorizont*) con que Reinhard Koselleck caracteriza antropológicamente el devenir histórico.

Toda comprensión interpretativa es provisional y tentativa. Se basa en responder a una pregunta hipotética y examinar cuan satisfactoria

es la respuesta considerando prospectivamente un futuro también hipotético.

Toda respuesta alude a un futuro de acciones.

LA PERSPECTIVA SINDÉMICA COMO CLAVE HERMENÉUTICA

La perspectiva sindémica nació como una aportación de la antropología médica. Hay consenso en atribuir la acuñación del término a Merrill Singer en la década de los 90 del siglo XX, consolidada en un libro del año 2009 (Singer, 2009).

El término quiso indicar que en las epidemias o pandemias suelen asociarse en forma sinérgica varias condiciones, afectando la salud de las personas en sus diferentes contextos: socioeconómicos, ecológicos o políticos. La palabra, por tanto, puede entenderse como la contracción de sinergia y pandemia (o epidemia), o bien como una forma de expresar ligazón de muchos ámbitos discursivos (por la partícula o prefijo “syn”) que significa “con”).

El enfoque ha sido empleado por muy diversos autores y su aceptación, aunque desigual, indica que llena una necesidad expresiva. Por de pronto, parece distanciarse del enfoque biomédico, que se enfoca en entidades mórbidas diagnosticables en individuos, las que aísla, estudia y trata con cierta independencia de los factores contextuales que permiten comprenderlas.

Las interacciones entre condiciones mórbidas aislables producen nuevos fenómenos, que son perceptibles en el plano social.

El énfasis está puesto en las poblaciones más que en los diagnósticos, pues en las poblaciones es en donde se producen los efectos de interacción; no implican solamente comorbilidad o coexistencia de condiciones, sino emergencia de nuevos desafíos, lo cual requiere estrategias de descripción, explicación y comprensión distintas de las habituales en el campo médico.

A menudo se escucha la expresión de que se necesita “intersectorialidad” para afrontar los problemas sanitarios. Significa consultar a

diversos expertos que se supone aportarán sus visiones parciales para configurar una respuesta integrada.

También, en el pasado, ha habido en medicina perspectivas bio-psi-co-sociales y holísticas. Se ha esperado que la yuxtaposición de metódicas podría conducir a un cuadro global. La impresión es que termina predominando una racionalidad metódica hegemónica, a menudo la clásica de la medicina orgánica, y la integración deseada no conduce ni a mejor diagnóstico ni a intervenciones mejoradas.

La perspectiva que en mi opinión abre lo sindémico es distinta.

No se trata de sumar causalidades, que son el producto de los métodos que explican efectos sino de abordar los fenómenos desde una perspectiva comprensiva.

Fundar una “*hermenéutica sanitaria*” que, sin despreciar las influencias causales posibles, permita comprender los fenómenos. Se trata de superar los “puntos de vista” y aproximarse a los problemas configurándolos como preguntas “humanas”. Tal como uno se aproxima a un texto escrito en una lengua extraña u olvidada, no solamente para descubrir cadenas causales, sino para entender la valencia humana del problema o comprender los dilemas mediante vivencias.

Cuando se habla de “determinantes sociales” de la salud suele implicarse que la pobreza o la violencia estructural están ligadas causalmente, que determinan ciertas enfermedades. Lo problemático es que faltan los nexos o eslabones intermedios que explicarían cómo se produce eso. Ahí empieza una serie de argumentos que pasan por falta de acceso, decisiones políticas, economías que privilegian el capital sobre lo humano. Pero no se toman en cuenta las interacciones.

Algo semejante ocurre con el descubrimiento de los “eventos vitales”, que Holmes y Rahe indicaron como un factor cuantitativo que explicaba no las enfermedades, sino la vulnerabilidad y la mayor disposición a comunicar síntomas.

Entiendo la “vulnerabilidad sindémica” como un enfoque que privilegia la comprensión más que los nexos causales, alejándose de las “hegemonías metódicas”; éstas son hegemonías de grupos profesionales que imponen sus racionalidades predilectas y que definen los proble-

mas “legítimos”. Esta asimetría argumental (un discurso prevalece sobre otros) podría resolverse mediante diálogo entre discursos y perspectivas. Debería superarse lo meramente *multidisciplinar* (hay acuerdo en cometidos) pasando por lo *interdisciplinar* (acuerdo en cometidos y contenidos o definiciones) para llegar al ideal de lo *transdisciplinar*; en este último estadio hay acuerdo en *cometidos* (finalidades, tareas), *contenidos* (definiciones, saberes) pero también en *contextos*. Esto significa que los fundamentos de la autoridad se explicitan y se entiende el alcance de las afirmaciones por sus contextos, que otorgan validez y confiabilidad.

Lo limitante de algunas perspectivas es su ceguera frente a las contingencias históricas y culturales, y definir los problemas de salud desde conceptos de *enfermedades* en lugar de hacerlo desde *poblaciones*. Estas no solamente son substrato sino también formas vitales en las cuales lo mórbido se manifiesta. Algo parecido ocurre con las corrientes de “*person centered medicine*”, que se suponen centradas en personas y no en entidades mórbidas. En esencia, es la postura de la medicina antropológica de Heidelberg que se preguntaba, en la vida humana, por qué ahora, por qué así, cuando enfocaba la enfermedad. La biografía personal es como la historia social. Un campo de significaciones y emociones cambiante que puede servir de clave interpretativa para comprender qué significa la enfermedad, el menoscabo, la discapacidad y la minoración (Lolas, 1997).

Es distinto comprender globalmente que aplicar el rasero de las entidades diagnósticas a la realidad y ver, por ejemplo, cuanta depresión hay en África o Europa usando criterios que tal vez en alguno de esos contextos no tienen valor, porque reflejan una conceptualización ajena a la cultura local. Así, lo que se llama “depresión” en una sociedad no existe en la otra, por más que se intente buscar en la bioquímica una supuesta universalidad del trastorno.

Para una hermenéutica sanitaria se precisa una mirada múltiple. Desde la del pensamiento causal hasta la de la fantasía. Sin ignorar que todo acto de comprensión vivencial implica un momento afectivo. Junto a la comprensión (*Verstehen*) ha de considerarse también el “sentir con”, la empatía (*Einfühlen*), pues conocimiento, comprensión y compasión son claves en todo proceso hermenéutico. Con la historia como telón de fondo. Que el tiempo, ineluctable, todo lo cambia.

La perspectiva sindémica, como clave de una hermenéutica “compasiva” de la salud, exige múltiples puntos de vista para completarse. Pero diferentes puntos de vista aunados en una vivencia “ecuaníme”. El gran clínico William Osler, *regius Professor* en Oxford, consideraba la *ecuanimidad* como clave prudencial del actuar terapéutico. Pues lo que las personas esperan, además de la compasión, es el *saber-hacer* de los profesionales. Un saber que se justifica por buenas acciones. Y un hacer apoyado por buena teoría.

BIBLIOGRAFÍA

- Gadamer, H. G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Lolas, F. (1996). Theoretical medicine: a proposal for reconceptualizing medicine as a science of actions. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21, 659-670.
- Lolas, F. (1997). *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health*. NY: Jossey-Bass.

Fernando Lolas Stepke estudió medicina e historia en la Universidad de Chile y en la Universidad de Heidelberg, Alemania. Especialista en psiquiatría y medicina psicosomática, ha publicado extensamente en inglés, alemán, castellano y portugués. Dr. Honoris Causa por varias universidades, fue vicerrector de Asuntos Académicos y Estudiantiles de la Universidad de Chile, presidente de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria y director del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud. Recibió el Premio Humboldt de la Fundación Alexander von Humboldt y ha sido distinguido como *International Distinguished Fellow* por la *American Psychiatric Association*. En la Universidad de Chile es Profesor Titular y miembro del claustro académico del Instituto de Estudios Internacionales y del Hospital Clínico. Es profesor en la Universidad Central de Chile. En el Instituto de Chile es académico de Número en la Academia de la Lengua y Honorario en la Academia de Medicina. Es Académico Correspondiente de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba (Argentina) y Profesor Honorario en universidades estadounidenses, europeas y latinoamericanas.

¿QUÉ SABEMOS DEL SARS-COV-2?

SERGIO LAVANDERO^{1,2}, ANDRÉS RAMÍREZ-REYES¹,
MARÍA JOSÉ OLIVARES¹

RESUMEN

Han pasado ya diez meses desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el brote de un nuevo virus en Wuhan, China, responsable del síndrome respiratorio agudo severo (SARS). Su propagación ha afectado a todo el orbe, lo que ha llevado a una colaboración científica internacional —sin precedentes—, tratando de prevenir, mitigar y tratar la pandemia más grave del último siglo.

El agente responsable es el coronavirus SARS-CoV-2, el cual genera la enfermedad bautizada como COVID-19. Los virus son parásitos intracelulares estrictos que toman el control de los procesos biológicos vitales en las células infectadas. Sin embargo, para que una infección viral sea efectiva, deben existir componentes moleculares específicos presentes en el virus y la célula hospedera infectada.

En el caso del SARS-CoV-2, infecta a aquellas células que expresan en su superficie a la proteína denominada enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ACE2, por sus siglas en inglés), la cual sirve como receptor para reconocer a la proteína viral Spike (S). La interacción de estas dos proteínas más la acción de la proteasa denominada TMPRSS2, permite el ingreso del virus a las células blanco.

Hasta la fecha se han identificado cuatro mecanismos principales responsables del daño generado por el COVID-19: 1. citotoxicidad directa mediada del coronavirus, 2. desregulación de los sistemas renina-angiotensina clásico y contrarregulador, 3. daño de células endoteliales y 4. una respuesta inflamatoria exacerbada mediada por citoquinas. También se han identificado ciertos factores de riesgo, entre los que se incluyen: edad avanzada, sexo, aspectos genéticos y presencia de comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y enfermedades del sistema inmune). Estos factores podrían explicar las diferencias en el cuadro clínico del COVID-19.

¹ Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDiS), Facultad Ciencias Químicas y Farmacéuticas y Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Cardiology Division, Department of Internal Medicine, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA.

Al día de hoy, se han logrado importantes avances sobre este nuevo virus, pero aún resta mucho por descubrir. Diversas estrategias terapéuticas y preventivas están en pleno desarrollo, incluyendo el uso de plasma convaleciente, potentes anti-inflamatorios, antivirales y la generación de vacunas a través de métodos tradicionales e innovadores.

Palabras clave: virus, SARS-CoV-2, COVID-19, síndrome respiratorio agudo severo, ACE2, pandemia.

CONTEXTO DE LA ACTUAL PANDEMIA

Ya han transcurrido diez meses³ desde que las autoridades sanitarias de Wuhan, China informaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un grupo de casos de neumonía de etiología desconocida denominada inicialmente como síndrome respiratorio agudo severo (SARS, *severe acute respiratory syndrome*). Después de unas pocas semanas, esta nueva enfermedad se propagó por Asia y escaló a nivel global, infectando hasta la fecha cerca de 44 millones de personas, de las cuales alrededor de 1,2 millones han fallecido (WHO Coronavirus Disease [COVID-19] Dashboard, 2020). Su impacto no ha sido solo sanitario, sino también social y económico, por lo que se ha catalogado como la peor crisis del siglo XXI (BBC, 9 de abril de 2020).

Algo destacable en esta pandemia han sido los esfuerzos de los científicos a nivel global para determinar el origen del agente causal, sus efectos patológicos, la búsqueda de estrategias terapéuticas y el desarrollo de distintas opciones preventivas para su efectivo control. En efecto, a las pocas semanas de la notificación oficial a la OMS, científicos chinos identificaron al agente etiológico del COVID-19, resultando ser un nuevo integrante de la familia coronavirus. Este nuevo virus se denominó SARS-coronavirus-2 (SARS-CoV-2) y hoy sabemos cómo ingresa y toma control de nuestras células para generar un ciclo viral efectivo.

También, en estos últimos meses se ha descubierto que las personas responden diferencialmente al SARS-CoV-2. Cerca del 80% de los infectados experimenta un cuadro clínico relativamente leve, semejante al de la influenza, sin embargo, cerca del 15% de la población infectada

³ Este artículo fue remitido el 17 de septiembre de 2020 a la redacción de la revista Anales del Instituto de Chile.

desarrolla un cuadro severo que requiere de hospitalización y solo un 5% de apoyo de ventilación mecánica (Ing, Cocks & Green, 2020). Por lo tanto, esta infección ocasiona un amplio espectro de cuadro clínico, que va desde casos agudos o leves hasta —en algunos casos— la muerte del paciente.

En respuesta a esta pandemia se han explorado distintos tratamientos y potenciales fármacos para combatir los cuadros severos; en paralelo se encuentra en pleno desarrollo la carrera para disponer de una vacuna efectiva pero segura.

GENERALIDADES DE LOS VIRUS

Los virus son parásitos intracelulares estrictos, por lo que deben valerse de ingeniosas estrategias para capturar a la célula hospedera y así generar nuevas unidades virales. Su estructura básica cuenta con una cápside compuesta de proteínas, la cual envuelve al material genético (DNA o RNA) del virus y que, dependiendo del tipo de virus, pueden tener un manto adicional de carácter lipídico. Además de la heterogeneidad de los virus en su material genético o la presencia o ausencia de manto, la cápside misma es diferente entre las distintas especies de virus y da una idea de qué tipo de ciclo replicativo realizan. Se debe tomar en cuenta que los virus son de un tamaño nanométrico, por lo que su identificación no puede ser realizada mediante microscopios ópticos tradicionales y requiere utilizar técnicas sofisticadas para su estudio.

Así como nuestra sociedad tiene una sofisticada red de internet para interconectarnos, las células también tienen complejos sistemas de comunicación en su interior para controlar todas sus funciones críticas. Los virus actúan como verdaderos “caballos de Troya”, que “hackean” esta red para que todos estos procesos vitales intracelulares trabajen en su beneficio. Los virus son responsables del desarrollo de diversas enfermedades que varían en su gravedad e impacto, y que van desde un resfrío común hasta enfermedades graves y letales como el SIDA y el ébola.

SARS-CORONAVIRUS-2 (SARS-CoV-2)

No pasó mucho tiempo entre los primeros casos detectados en Wuhan y que se reconociera como agente causal a un virus muy parecido al SARS-CoV, que hace 20 años causó un cuadro clínico similar. Esta vez la enfermedad se bautizó como COVID-19 (Coronavirus disease 2019) y el virus se nombró SARS-CoV-2 (Listings of WHO's response to COVID-19, 2020). Los coronavirus son una familia de virus que han tenido contactos ocasionales con nuestra especie. Distintos tipos de estos virus han "saltado" de especies animales, como la civeta y camellos, a la especie humana, generando brotes infectivos de poca gravedad (Corman, Muth, Niemeyer & Drosten, 2018).

El pasado 12 de enero se conoció la secuencia del genoma viral y al día siguiente se declaró el primer caso de SARS-CoV-2 en un territorio distinto al chino. Sin embargo, estudios científicos dan cuenta de su circulación en aguas servidas en España el año 2019, lo que significa que la detección del virus en otros países quizá no fue oportuna (Universitat de Barcelona, 2020; CS N°39, 2020).

A primera vista, este virus no presenta una alta mortalidad, comparada con la de la gripe española o SARS, pero presenta una mayor transmisión, siendo más contagioso que el resfrío común (Sheikh, Watkins, Wu & Gröndahl, 2020). Las rutas de contagio se dan principalmente mediante contacto directo con un infectado o a través de gotas de secreciones nasales/bucuales llenas de virus, liberadas por un individuo contagiado (Kumar, Taki, Gahlot, Sharma & Dhangar, 2020). Además, estudios recientes sugieren que la transmisión vertical (madre-infante) también sería posible (Vivanti, Vauloup-Fellous, Prevot et al., 2020).

El SARS-CoV-2, a similitud de otros virus de esta familia, posee RNA como material genético. Diversos estudios comparativos han dado algunas luces de cómo este virus mutó para contagiar a los seres humanos. Tiene una similitud del 96% con el coronavirus de murciélago, 91% con el coronavirus de pangolín y 80% con el SARS-CoV1 (Xu, Chen, Wang, et al., 2020; Malik, 2020).

En general, los virus se caracterizan por su capacidad de mutar. Sin embargo, muchas mutaciones son neutras y no necesariamente se generan cepas más letales o contagiosas. Comparativamente, el SARS-CoV-2

presenta una baja tasa de mutación (Callaway, 2020). Hasta mayo de 2020 se han identificado más de 7.000 mutaciones y, salvo una, las demás no han originado cambios importantes (Korber, Fischer, Gnanakaran et al., 2020). Sin embargo, el análisis de mutaciones puede entregar información importante sobre posibles nuevas variantes con una transmisibilidad distinta o cambios en la infectividad del virus.

También se han identificado algunos factores de riesgo (figura 1) que agravarían el cuadro clínico causado por el coronavirus. Dentro de los factores de riesgo más comunes se encuentran una edad avanzada (> 65 años), pacientes con problemas previos respiratorios o cardíacos, tratamientos con quimioterápicos o inmunosupresores, enfermedades al hígado, diabetes, obesidad, infección de VIH no controlada o historial de trasplantes de órganos previos (Center for Disease Control and Prevention, 2020). La identificación de estos grupos de riesgo ha sido de utilidad para la toma de decisiones sobre el aislamiento y precauciones específicas para evitar casos graves. También, se han identificado asociaciones de tipo genético respecto del pronóstico de la infección por SARS-CoV-2; un estudio vinculó el tipo sanguíneo (A, B y O) con el riesgo de un cuadro clínico COVID-19 grave, posicionando a los grupos sanguíneos A y O con un mayor y menor riesgo, respectivamente (Ellinghaus, Degenhardt, Bujanda et al., 2020).

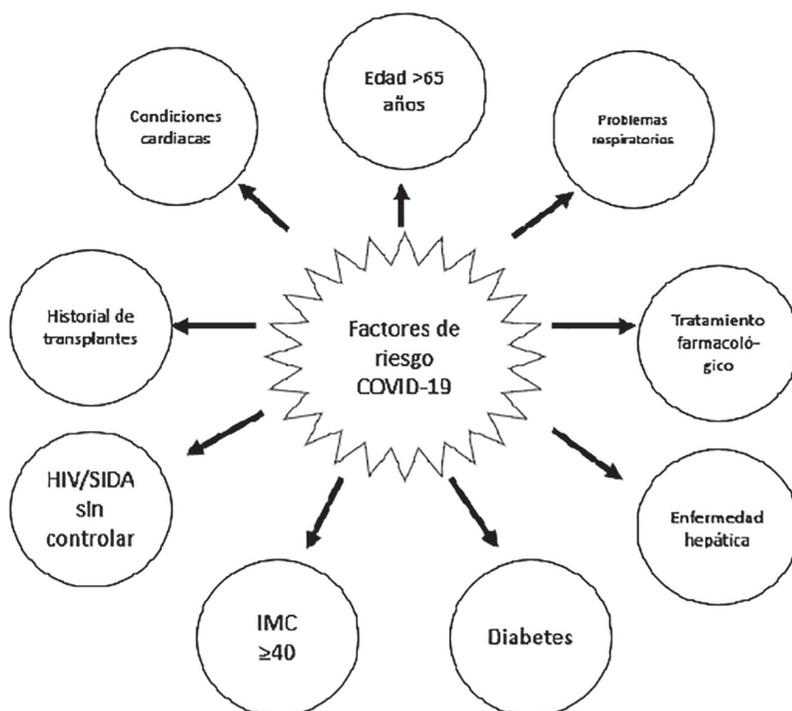


FIGURA 1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON UNA INFECCIÓN GRAVE DE COVID-19.

UN PACIENTE QUE PRESENTE ALGUNO DE ESTOS FACTORES DE RIESGO TIENE MÁS PROBABILIDADES DE REQUERIR ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALIZACIÓN Y PRESENTAR UN MAYOR RIESGO DE MORIR POR UNA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2.

FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19

Una de las primeras interrogantes sobre este nuevo virus consistió en definir cómo ingresa a nuestras células. Para este fin usaremos el concepto “llave-cerradura”, que establece que una proteína determinada puede interactuar de forma específica con otra proteína. En el caso de una infección viral, la “llave” sería una proteína de la cápside o el manto del coronavirus, y la cerradura sería otra proteína presente en la membrana celular de nuestras células.

Las proteínas presentes en los virus son las que determinan si infectan una célula específica, tales como las de la mucosa en el resfrío común, del sistema inmune (en el VIH) o una célula de la epidermis (HPV).

En el caso del SARS-CoV2, a partir del análisis de su secuenciación se concluyó que la “cerradura” es una proteína conocida como Enzima Convertidora de Angiotensina-2 (ACE2, por sus siglas en inglés) (Hoffmann, Kleine-Weber, Schroeder et al., 2020). Dicha enzima tiene una función reguladora clave en el sistema cardiovascular, a través de la generación de dos péptidos: angiotensina-(1-7) y angiotensina-(1-9). Cabe destacar que la ACE2 también fue identificada como el receptor para el SARS-CoV-1, para infectar las células humanas.

Para definir el papel de dicha proteína en la infección se crearon ratones transgénicos que expresan la versión humana de la ACE2, pues los ratones normales son inmunes al SARS-COV2. Así se logró reproducir fielmente un cuadro clínico respiratorio similar al desarrollado en los seres humanos (Bao, Deng, Huang et al., 2020).

La ACE2 se expresa en humanos en todo el sistema cardiovascular, pero también en zonas específicas del aparato respiratorio: la cavidad nasal superior y neumocitos tipo 2 en la zona baja pulmonar (Bunyavanich, Do & Vicencio, 2020; Jones, Mühlemann, Veith et al., 2020; Ziegler, Allon, Nyquist et al., 2020). Estos hallazgos en relación a la “llave-cerradura” explican las diversas formas de transmisión del virus, la asociación del COVID-19 con una patología respiratoria y que el examen de PCR para detectar el virus requiere de la toma de una muestra de la cavidad nasal con una tórula o una muestra de saliva.

Estas evidencias han llevado a sugerir que la presencia de mayores niveles de la ACE2 sea un factor de riesgo para una infección más severa; sin embargo, hay confusión y poca claridad si la ACE2 es un factor de riesgo o de protección al coronavirus.

Diversos estudios se han realizado en torno a la relación de los niveles de la ACE2 y la gravedad del coronavirus, pero ninguno de ellos ha arrojado resultados concluyentes. Un ejemplo de ello es que, dado que el gen para la ACE2 está en el cromosoma X, se ha especulado que la cantidad de la ACE2 podría estar vinculada al juego de cromosomas sexuales que tenga un individuo y tener una susceptibilidad diferencial a la infección; respecto de esto, los estudios han expuesto que, si bien la prevalencia entre pacientes masculinos y femeninos sería semejante, existe una mayor mortalidad y gravedad en pacientes sexo masculino

(Culebras & Hernandez, 2020). Para apoyar la posibilidad, se ha observado que individuos que consumen tabaco tienen una mayor expresión de ACE2 pero una menor susceptibilidad al SARS-CoV2 (Smith, Sausville, Girish et al., 2020).

Sin embargo, para despejar el mecanismo infectivo de este virus tenemos que comprender qué proteína funciona como “llave” en esta interacción “llave-cerradura” (figura 2). En la superficie del coronavirus encontramos la proteína *Spike* (S). Esta proteína es la que media la interacción física entre la ACE2 y el virus. Pero, no basta que el virus se una a la ACE2 en la superficie celular, además se requiere que se fusione con la membrana celular, existiendo otras proteínas que ayudan en este proceso, siendo clave la proteína TMPRSS2. Ella corta la proteína S y permite la fusión virus-célula y su ingreso (Hoffmann, Kleine-Weber, Schroeder et al., 2020).

Una vez dentro de la célula, el virus se apropia de la maquinaria celular necesaria para generar un ciclo infectivo. Un estudio a nivel molecular de las secuencias que producen la proteína Spike, en comparación con otros coronavirus, mostró que la proteína Spike del SARS-CoV-2 tenía una diferencia clave: la existencia de una secuencia de 12 nucleótidos le otorga una mayor transmisibilidad. Esta secuencia permite que la proteína Spike sea cortada por otra proteína llamada “furina”. Este corte hace que los virus se produzcan en una forma preactivada y puedan infectar rápidamente a la célula vecina, sin exponerse a anticuerpos del exterior (Zhang, Jackson, Mou et al., 2020).

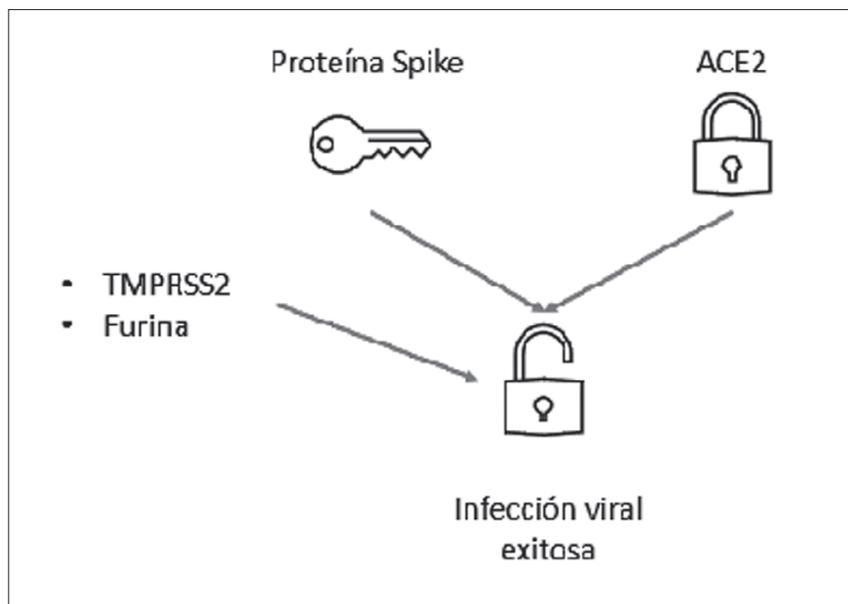


FIGURA 2. ESQUEMA DEL MODELO “LLAVE-CERRADURA”. PARA QUE OCURRA UNA INFECCIÓN VIRAL EXITOSA POR EL SARS-CoV-2 EN UNA CÉLULA HUMANA, LA PROTEÍNA SPIKE DEL CORONAVIRUS DEBE INTERACTUAR CON LA PROTEÍNA DE MEMBRANA “ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA TIPO 2” (ACE2) EN LA CÉLULA HUESPED. SIN EMBARGO, TAMBIÉN SE REQUIERE LA PARTICIPACIÓN DE OTRAS PROTEASAS: TMPRSS2 Y FURINA, LAS CUALES CONTRIBUYEN A LA EFECTIVIDAD DE ESTE PROCESO Y SON RELEVANTES EN EL ESTUDIO DE LOS MECANISMOS DE INFECCIÓN DEL SARS-CoV-2.

¿QUÉ EFECTOS PRODUCE EL SARS-CoV2 EN NUESTRO CUERPO?

El virus produce un síndrome respiratorio agudo grave (SARS), una enfermedad de la vía respiratoria baja. Sobre la fisiopatología del COVID-19 identificamos los siguientes mecanismos (figura 3):

- Un efecto citotóxico directo por contacto con la célula.
- Desregulación del sistema renina-angiotensina contra-regulatorio por su unión ACE2 y posterior destrucción de ACE2, enzima clave para la homeostasis cardiovascular y generación de péptidos protectores: angiotensina-(1-7) y angiotensina-(1-9).

- Daño en células endoteliales y tromboinflamación.
- Respuesta inmune desregulada mediante citoquinas.

Este último punto parece ser el más grave. En respuesta a una infección, el sistema inmune genera una serie de mediadores químicos que producen una respuesta inflamatoria. Cuando la infección no se controla puede producirse un proceso denominado “tormenta de citoquinas”, que produce una respuesta inflamatoria exacerbada. Este proceso explica el desarrollo de daño orgánico multisistémico observado en los casos más severos de COVID-19.

En el desarrollo de esta pandemia también se ha observado interacciones entre el COVID-19 y otras enfermedades como la diabetes y la obesidad, ambas con un componente inflamatorio desregulado. Hoy está claro que la respuesta inmune exacerbada de nuestro organismo es la que genera un mayor daño y muerte en un paciente más que un efecto directo del virus (Fu, Cheng & Wu, 2020).

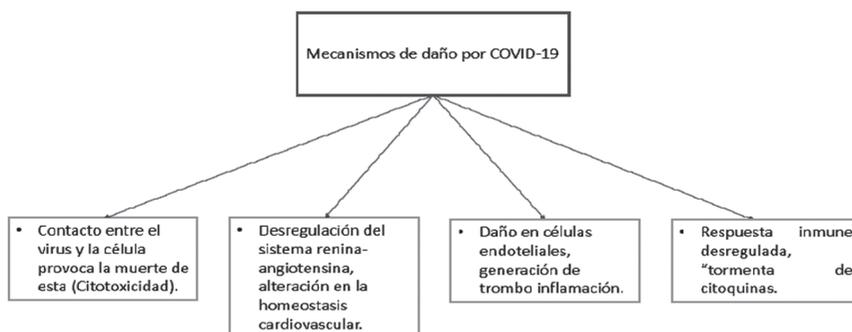


FIGURA 3. MECANISMOS DE DAÑO PRODUCIDOS POR LA INFECCIÓN DE SARS-CoV-2. SE RECONOCEN A LA FECHA CUATRO PRINCIPALES MECANISMOS CAUSANTES DEL CUADRO CLINICO DEL COVID-19. SIN EMBARGO, ESTA DINÁMICA ÁREA ESTÁ EN PLENO DESARROLLO, POR LO QUE AÚN SE DEBE SEGUIR INVESTIGANDO ESTOS PROCESOS A FIN DE DEFINIR TERAPIAS EFECTIVAS ANTE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2.

PROYECCIONES

Las proyecciones son difíciles de realizar, debido a que en estos nueve meses de pandemia, se ha mostrado que día a día vamos conociendo algo nuevo de este virus y esta patología. Uno de los mejores ejemplos es la inmunidad generada por la infección del COVID-19, tema de abierto debate en la comunidad científica y que aún está en pleno estudio. Hoy está claro que la inmunidad contra el SARS-CoV-2 no solo depende de los anticuerpos circulantes, sino también de las células T, las cuales tienen un papel clave en el desarrollo de la enfermedad (Diao, Wang, Tan et al., 2020).

Para lograr el control de pandemia, una de las estrategias perseguidas por algunos países ha sido generar inmunidad colectiva (o también conocida como “inmunidad de rebaño”). Este tipo de inmunidad teóricamente se genera cuando cerca del 60% de la población se ha infectado por el virus, este objetivo se logra no poniendo medidas de cuarentena. Los datos actuales muestran que la inmunidad de la población es baja (menor al 20%) (Fontanet & Cauchemez, 2020), por lo que alcanzar la inmunidad de rebaño tomará bastante años.

Por otra parte, se ha buscado el rápido desarrollo de vacunas para combatir el SARS-CoV-2. Existen diversas vacunas en pleno desarrollo, incluso ya varias en fase III, con las que se está evaluando eficacia y seguridad (Corum, Wee & Zimmer, 2020). Sin embargo, no es del todo seguro el desarrollo de una que cumpla con ambos requisitos o cuánto tiempo durará su eventual protección frente a una reinfección.

En espera del desarrollo de las vacunas, se ha utilizado el plasma convaleciente obtenido de pacientes recuperados de la COVID-19 para tratar aquellos casos graves. Sin embargo, su utilización es aún tema de debate, debido a problemas de seguridad (Shen, Wang, Zhao et al., 2020). Dentro de los escasos tratamientos disponibles, el uso de antivirales o anti-inflamatorios ha tenido resultados atractivos con Remdesivir y Dexametasona (Colegio de Químicos Farmacéticos y Bioquímicos de Chile, 2020).

Aunque ya han pasado nueve meses del inicio de la presente pandemia y todavía existen importantes incertidumbres —por ejemplo, si se alcanzará pronto la inmunidad de rebaño, si existirá una vacuna efectiva y segura, o se logrará el desarrollo de un antiviral efectivo—,

ha sido destacable el papel que la ciencia ha tenido hasta el presente, preocupándose de buscar soluciones para enfrentar ésta y probablemente otras futuras pandemias.

Conflictos de interés y fuentes de financiamiento

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés que declarar. S.L. es apoyado por el proyecto FONDAP 15130011 y FONDECYT 1200490 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

BIBLIOGRAFÍA

- Bao, L., Deng, W., Huang, B., Gao, H., Liu, J., Ren, L., ... & Qi, F. (2020). The pathogenicity of SARS-CoV-2 in hACE2 transgenic mice. *Nature*, *583*, 830-833.
- BBC. (2020). Worst economic crisis since 1930s depression. *BBC*. <https://www.bbc.com/news/business-52236936>
- Bunyavanich S, Do A & Vicencio A. (2020). Nasal gene expression of angiotensin-converting enzyme 2 in children and adults. *JAMA*, *323*, 2427-2429. DOI:10.1001/jama.2020.8707.
- Callaway, E. (2020). The coronavirus is mutating-does it matter? *Nature*, *585*, 174-177.
- Center for Disease Control and Prevention. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>
- Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile. *Ensayos clínicos: Remdesivir, el fármaco que podría frenar avance del COVID-19*. (2020). <https://www.colegiofarmaceutico.cl/index.php/noticias-nacionales/coronavirus-informate/el-colegio-en-la-prensa/3525-ensayos-clinicos-remdesivir-el-farmaco-que-podria-frenar-avance-del-covid-19>
- Corman, V. M., Muth, D., Niemeyer, D. & Drosten, C. (2018). Hosts and sources of endemic human coronaviruses. *Advances in Virus Research*, *100*, 163-188. Academic Press.
- Corum, J., Wee, S-L. & Zimmer, C. Coronavirus Vaccine Tracker. (2020). *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>

- CS N°39/2020 (2020). Studio ISS su acque di scarico, a Milano e Torino Sars-Cov-2 presente già a dicembre - ISS. https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/cs-n%25C2%25B039-2020-studio-iss-su-acque-di-scarico-a-milano-e-torino-sars-cov-2-presente-gi%25C3%25A0-a-dicembre
- Culebras, E. & Hernandez, F. (2020). ACE2 is on the X chromosome: could this explain COVID-19 gender differences? *European Heart Journal*, *41*, 3095-3095.
- Diao, B., Wang, C., Tan, Y., Chen, X., Liu, Y., Ning, L., ... & Yuan, Z. (2020). Reduction and functional exhaustion of T cells in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Frontiers in Immunology*, *11*, 827.
- Ellinghaus, D., Degenhardt, F., Bujanda, L., Buti, M., Albillos, A., Invernizzi, P., ... Karlsen, T. H. (2020). The ABO blood group locus and a chromosome 3 gene cluster associate with SARS-CoV-2 respiratory failure in an Italian-Spanish genome-wide association analysis. *MedRxiv*, 05.31.20114991. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.05.31.20114991>
- Fontanet, A. & Cauchemez, S. (2020). COVID-19 herd immunity: where are we? *Nat Rev Immunol*, *20*, 583-584. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00451-5>
- Fu, Y., Cheng, Y. & Wu, Y. (2020). Understanding SARS-CoV-2-mediated inflammatory responses: from mechanisms to potential therapeutic tools. *Virologica Sinica*, 1-6.
- Hoffmann, M., Kleine-Weber, H., Schroeder, S., Krüger, N., Herrler, T., Erichsen, S., ... & Müller, M. A. (2020). SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*, *181*, 271-280. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.052>
- Ing, A. J., Cocks, C. & Green, J. P. (2020). COVID-19: in the footsteps of Ernest Shackleton. *Thorax*, *75*, 693-694. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/thorax-jnl-2020-215091>
- Jones, T. C., Mühlemann, B., Veith, T., Biele, G., Zuchowski, M., Hoffmann, J., ... & Drosten, C. (2020). An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. *medRxiv*. 2020.06.08.20125484. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125484>
- Korber, B., Fischer, W., Gnanakaran, S. G., Yoon, H., Theiler, J., Abfalterer, W., ... & Partridge, D. G. (2020). Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2. *bioRxiv*. 2020.04.29.069054. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.069054>
- Kumar, M., Taki, K., Gahlot, R., Sharma, A. & Dhangar, K. (2020). A chronicle of SARS-CoV-2: Part-I-Epidemiology, diagnosis, prognosis, transmission and treatment. *Science of The Total Environment*, *734*, 139278

- Malik, Y. A. (2020). Properties of coronavirus and SARS-CoV-2. *The Malaysian Journal of Pathology*, 42, 3-11.
- Sheikh, K., Watkins, D., Wu J. & Gröndahl, M. (2020). How bad will the coronavirus outbreak get? Here are 6 key factors. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/asia/china-coronavirus-contain.html>
- Shen, C., Wang, Z., Zhao, F., Yang, Y., Li, J., Yuan, J. ... & Wei, J. (2020). Treatment of 5 critically ill patients with COVID-19 with convalescent plasma. *JAMA*, 323, 1582-1589.
- Smith, J. C., Sausville, E. L., Girish, V., Yuan, M. Lou, Vasudevan, A., John, K. M. & Sheltzer, J. M. (2020). Cigarette smoke exposure and inflammatory signaling increase the expression of the SARS-CoV-2 receptor ACE2 in the respiratory tract. *Develop Cell*, 53, 514-529.e3. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.devcel.2020.05.012>
- Universitat de Barcelona. (2020). *Detectan el SARS-CoV-2 en aguas residuales recogidas en Barcelona el 12 marzo de 2019*. https://www.ub.edu/web/ub/es/menu_eines/noticies/2020/06/042.html
- Vivanti, A.J., Vauloup-Fellous, C., Prevot, S. et al. (2020). Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. *Nat Commun*, 11, 3572. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17436-6>
- WHO. (2020). Listings of WHO's response to COVID-19. <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
- WHO. (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- Xu, X., Chen, P., Wang, J., Feng, J., Zhou, H., Li, X., ... & Hao, P. (2020). Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Science China Life Sciences*, 63, 457-460.
- Zhang, L., Jackson, C. B., Mou, H., Ojha, A., Rangarajan, E. S., Izzard, T., Farzan, M. & Choe, H. (2020). The D614G mutation in the SARS-CoV-2 spike protein reduces S1 shedding and increases infectivity. *bioRxiv*. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.12.148726>
- Ziegler, C., Allon, S. J., Nyquist, S. K., Mbano, I. M., Miao, V. N., Tzouanas, C. N., Cao, Y., Yousif, A. S., Bals, J., Hauser, B. M., Feldman, J., Muus, C., Wadsworth, M. H., 2nd, Kazer, S. W., Hughes, T. K., Doran, B., Gatter, G. J., Vukovic, M., Taliaferro, F., Mead, B. E., ... HCA Lung Biological Network. (2020). SARS-CoV-2 receptor ACE2 is an interferon-stimulated gene in human airway epithelial cells and is detected in specific cell subsets across tissues. *Cell*, 181, 1016-1035. e19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.04.035>

Sergio Lavandero González. Su formación científica la inició en el Instituto Nacional. Continuó sus estudios de pregrado en la Universidad de Chile y posteriormente obtuvo el grado de Doctor en Bioquímica de la misma universidad, contando con una beca de Doctorado de la Fundación Andes. Realizó estadías de perfeccionamiento en el National Heart & Lung Institute del Imperial College of Science, Technology & Medicine (Londres, Inglaterra); Erasmus Universitat (Rotterdam, Holanda); National Institutes of Health (Bethesda, USA), St. Vincent's Hospital, Research Cardiovascular Center (Melbourne, Australia) y en la University of Texas Southwestern Medical Center (Dallas, Texas, USA). Cargos actuales: Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Profesor Adjunto de la University of Texas Southwestern Medical Center (Dallas, USA); Director e Investigador Principal del "Advanced Center for Chronic Diseases" (ACCDiS); Miembro de número de la Academia Chilena de Ciencias del Instituto de Chile desde el 2018. El Prof. Lavandero es autor de 284 publicaciones en revistas internacionales indexadas con comité editorial, 5 capítulos de libros, 29 artículos en revistas nacionales y 5 patentes. Su productividad reciente (2015-hasta la fecha) alcanza a 97 publicaciones. El Dr. Lavandero realiza docencia de pregrado y postgrado y ha contribuido a la formación de: 55 nuevos académicos/investigadores que actualmente trabajan en instituciones universitarias o de investigación en Chile y el extranjero. Ha dirigido 24 post-doctorantes, 84 tesis de doctorado, 13 tesis de magíster y más de 86 memoristas de pregrado. Su trayectoria de 34 años en investigación científica la ha desarrollado en el área de transducción de señales de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Andrés Ignacio Ramírez Reyes. Licenciado y egresado en Bioquímica de la Universidad de Chile (2018). Actualmente realiza tesis de Magister en Bioquímica con Área de especialización Bioquímica Clínica en el Laboratorio de Transducción de Señales de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile. Presidente del Centro de Estudiantes de Bioquímica en 2016 (Universidad de Chile). Representante estudiantil del Consejo de escuela de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile (2018). Vicepresidente del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias químicas y Farmacéuticas (Universidad de Chile, 2019). Coautor del artículo Ramírez-Sagredo et al. Antihipertensivos en pacientes con COVID-19. *Revista Chilena de Cardiología*, 2020.

María José Olivares. Jefa de Comunicaciones del Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas ACCDiS y del Proyecto Asociativo Regional Explora de la Región Metropolitana Norte. Se ha dedicado en los últimos siete años a ser una agen-

te de la difusión científica, creando y ejecutando proyectos de comunicación pública de la ciencia. Su especialidad es la generación de acciones para crear conciencia de la importancia de la vida sana como prevención de enfermedades crónicas. Colaboradora del artículo de Mendoza et al., “Enfermedades cardiovasculares y cáncer: ¿dos entidades mutuamente relacionadas?, *Revista Chilena de Cardiología*, 2019. Estudió Ciencia Política en la Pontificia Universidad Católica de Chile (2007-2011) y actualmente cursa Relaciones Públicas con especialización en responsabilidad empresarial en la Universidad de las Américas.

COVID-19: LA PANDEMIA POR UN NUEVO CORONAVIRUS

LUIS FIDEL AVENDAÑO CARVAJAL¹, MARCELO WOLFF REYES²

RESUMEN

La humanidad está sufriendo una gran pandemia por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), aparecido en China a fines de 2019. Su rápida identificación y secuenciado permitió desarrollar un adecuado diagnóstico y seguimiento epidemiológico.

Es un virus ARN de cuya envoltura lipoproteica emergen las proteínas S (spike); mutaciones en S aumentan 10 a 20 veces la transmisibilidad del coronavirus epidémico previo, con menor letalidad. La OMS lo declaró pandemia global el 11 de marzo de 2020.

La enfermedad causada (COVID-19) cursa con gran variabilidad, desde casos asintomáticos en jóvenes sanos, hasta graves y fulminantes (5%) en gente mayor y/o con comorbilidades. Se transmite por secreciones respiratorias y contactos directos. La letalidad global no está bien definida, pero la reportada en casos sintomáticos ha sido 5%. Las manifestaciones principales son febriles y respiratorias, con ciertas peculiaridades frecuentes, como anosmia o hipercoagulabilidad; en los enfermos graves predomina la falla respiratoria. El diagnóstico se confirma con estudio molecular (PCR) en muestras respiratorias, aunque hay falsos negativos iniciales. El tratamiento consiste en medidas sintomáticas y, en casos más graves, oxigenoterapia, corticoides y anticoagulantes. Solo un antiviral ha mostrado eficacia moderada (remdesivir). No se sabe cuánta inmunidad queda ni su duración; existe una carrera mundial para desarrollar vacunas.

Más de la mitad de los 24 millones de casos mundiales reportados a la fecha corresponde a América. Chile sufre un brote epidémico desmesurado, con altas tasas reportadas y una consiguiente crisis socioeconómica. En junio la pandemia alcanzó la cima, iniciando cierta transición con normas restrictivas dinámicas, manteniendo precauciones y limitaciones individuales y colectivas; el uso de mascarillas,

¹ Miembro Honorario de la Academia Chilena de Medicina, del Instituto de Chile.

² Miembro de Número de la Academia Chilena de Medicina, del Instituto de Chile.

lavado de manos y distanciamiento físico ha pasado a ser lo aconsejado para todos.

La evolución de la epidemia y su duración, tanto a nivel global como nacional, es incierta, pero esta enfermedad ya ha determinado que el mundo que emergerá de ella será muy distinto al previo.

Palabras clave: SARS-CoV-2, nuevo coronavirus 2019, pandemia de COVID-19.

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud se acostumbra relacionar a los virus con los sistemas que afectan y se los clasifica, según el órgano blanco donde se manifiestan característicamente, como virus respiratorios, digestivos, neurotrópos, dermatótrópos, de transmisión sexual, etc. Sin embargo, muchos virus afectan varios sistemas y esta clasificación sindrómica tampoco tiene relación con la gravedad de la infección, pues el virus del sarampión mata por neumonía o encefalitis, el de la rubéola produce malformaciones congénitas, el herpes simplex puede producir encefalitis, sepsis neonatal, etc. Por eso, este nuevo virus fuerza a considerar la clasificación viral actual basada en la estructura, que considera al ácido nucleico genómico (ADN o ARN), la presencia de una envoltura lipoproteica (manto) y la forma de replicar su ácido nucleico, ya que su presencia, su expansión pandémica y su control están ligados al hecho de ser un virus ARN cubierto por un manto, que se transmite por vía respiratoria (Avendaño et al., 2018; *Editorial The Economist*, 2020).

En la historia de las pandemias predominan los virus y, a excepción de la viruela, que se erradicó mediante una vacuna de virus vivo atenuado, todos han sido por virus ARN. En efecto, su estrategia para sobrevivir como especie es su variabilidad genética, que puede presentar a sus descendientes como agentes distintos, contra los que no hay inmunidad o es insuficiente. El más amenazante ha sido el virus influenza, cuya pandemia de 1918-1919 coincidió con la Primera Guerra Mundial y habría provocado entre 40 y 50 millones de muertes, más que la guerra misma. Las pandemias de 1957 (H2N2) y 1968 (H3N2) habrían producido 1,1 y un millón de muertes respectivamente, y la del 2009 solo 200.000 (LePam, 2020). En ellas se contagiaba alrededor del 35% de la población afectada, con letalidades del orden 0,01% (Zambon & Potter,

2009). En tiempos contemporáneos, la pandemia más impactante ha sido la de VIH/SIDA que, desde 1981 a la fecha, ha causado de 25 a 35 millones de muertes. Han surgido pandemias menores y amenazas de ellas, muchas relacionadas con virus ARN transmitidos por artrópodos (Zika, dengue, fiebre amarilla, virus West Nile, Chikungunya, etc.), reflejo del intercambio progresivo entre la vida urbana y la silvestre, con sus consecuencias y desafíos.

Para entender la nueva pandemia de SARS-CoV-19 puede tomarse como referencia al coronavirus causante del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), que provocó la pandemia en 2002-2003, y los virus influenza, especialmente de las pandemias 1957-1959 y 2009, ninguno con la magnitud e impacto socioeconómico de la pandemia actual.

El virus influenza tiene tres condiciones que favorecen su sobrevivencia como especie: posee un genoma de ARN fraccionado en ocho segmentos, lo que permite eventual intercambio de ellos (reordenamiento); su ARN polimerasa comete errores durante la replicación, pudiendo generar mutantes, y tiene como reservorio natural a aves acuáticas que transmiten el virus a aves silvestres y de corral, mamíferos silvestres acuáticos (focas, ballenas) y domésticos (gatos, cerdos, equinos, vacunos), cuyo control es imposible. Solo para el ser humano se han desarrollado vacunas y antivirales, cuya calidad no es óptima y su uso es limitado en la comunidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una red mundial de vigilancia para conocer y controlar la circulación del virus y recomendar la composición anual de la vacuna, pero cada año aparecen variantes que terminan difundándose por todo el mundo. Es el mejor referente para entender la situación actual.

El virus SARS, que apareció en noviembre del 2002, fue nuevo en relación con los cuatro clásicos coronavirus que estaban circulando. Esta variante emergió por una mutación en la proteína S de superficie de un coronavirus de animal (civet-cat), en Guangdong, China, en un mercado de pescados y mariscos, donde también se comercian animales. Su fuente original habría sido un coronavirus de murciélago. Fue poco transmisible por vía aérea porque se multiplicaba más a nivel pulmonar que nasofaríngeo, y contagió a 8.000 personas en 24 países, donde el 58% fue intrahospitalario, sugiriendo que se requería un contacto más estrecho para contagiar. Generó una infección con letalidad de 9,5%. Esta cepa

se pudo controlar con medidas de contención como las actualmente en práctica; el virus reapareció en 2003-2004 por transmisión zoonótica sin difusión humana, y no se ha reportado desde 2004 (Peiris, 2009).

Para analizar la pandemia por SARS-CoV-2, como se ha denominado a este nuevo virus, analizaremos los aspectos virológicos, clínicos y epidemiológicos.

2. ASPECTOS VIROLÓGICOS

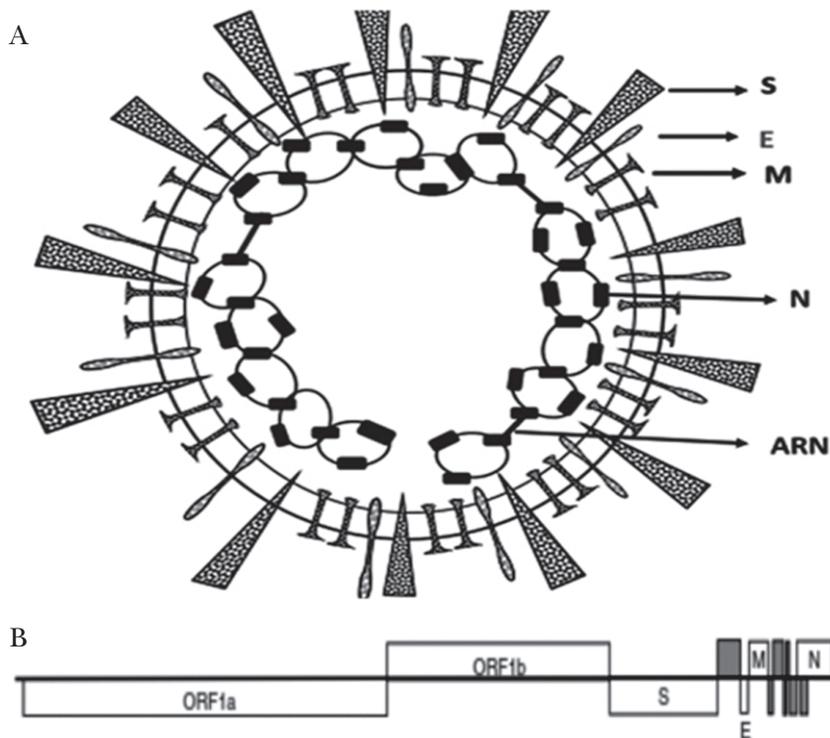
2.1. Estructura y replicación

SARS-CoV-2 pertenece a la familia *Coronaviridae*, que comprende cuatro géneros que afectan a aves y mamíferos (camellos, ganado porcino y bovino, gatos, perros y murciélagos). Siete especies pueden comprometer al ser humano: cuatro (hCoV-229E, hCoV-NL63, hCoV-OC43 y hCoV-HKU1) causan infecciones respiratorias altas (resfrío común) y tres (SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2) pueden además provocar infecciones respiratorias bajas graves (IRAB) con letalidad alta.

SARS-CoV-2 es un virus de 60-140 nm con genoma de una hebra de ARN de polaridad positiva, de 30.000 nucleótidos, que codifica cuatro proteínas estructurales (S, E, M, N) y al menos 16 proteínas funcionales no estructurales (nsps). Entre estas últimas destacan una ARN polimerasa ARN dependiente (RdRp), para la replicación del genoma viral, y dos proteasas (3CLpro) y (PLpro), encargadas de cortar la poliproteína formada inicialmente; también tiene una exoribonucleasa (ExoN), que se encarga de corregir mutaciones del genoma, una helicasa y otras nsps (De Wit et al., 2016). La PLpro podría inhibir al interferón 3 y el NF-κB, induciendo depresión inmune.

El virus posee una envoltura lipoproteica, de la que emerge la proteína S (spike) que le da la apariencia de corona al microscopio electrónico y actúa como ligando para la adsorción al epitelio respiratorio. La presencia de esta envoltura determina la labilidad del virus al medio ambiente (Avendaño et al., 2018; Peiris, 2009; Masters & Perlman, 2013).

GRÁFICO 1.



A. Estructura del SARS-CoV-2. Virus con genoma de una hebra de ARN, recubierto por la nucleoproteína N. En su envoltura, constituida por una bicapa lipídica, se distinguen las glicoproteínas S (spike), de envoltura (E) y de membrana (M).
 B. Genoma de ARN (+) en el que se distinguen los marcos abiertos de lecturas (ORF) para proteínas funcionales (ORF 1a-1b, 3a, 3b, 6 y otros) y estructurales S, E, M y N.

2.2. Replicación

La replicación de SARS-CoV-2 empieza con la adsorción mediante la proteína S al receptor enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE 2) a células de la mucosa respiratoria, lo que es facilitado por una serina-proteasa celular (TMPRSS2). Mediante criomicroscopía electrónica se ha determinado que la afinidad de SARS-CoV-2 por este receptor es 10 a 20 veces mayor que la de SARS-CoV-1, lo que podría explicar su mayor transmisibilidad (Liu et al., 2020).

El virus penetra a una vesícula endosómica, que se acidifica y libera el genoma de ARN al citoplasma, donde actúa como ARN mensajero y genera una poliproteína; ésta es luego cortada por proteasas virales para generar proteínas funcionales que forman un complejo de replicación/traducción del ARN genómico y forman ARNm subgenómicos que se traducen en proteínas estructurales y funcionales. Al final de este proceso, que transcurre en el citoplasma, el ARN+ genómico se ensambla en una vesícula endosómica con las proteínas estructurales (N, M, E, S) desde donde salen los nuevos virus de la célula por exocitosis.

2.3. *Patogenia*

Considerada a nivel del individuo, la transmisión del virus se inicia desde otro ser humano por vía respiratoria. El periodo de incubación promedio es de 6,4 días (rango 2,1-11,2 ds.). El virus se adquiere por vía respiratoria por tres mecanismos posibles:

- (i) Por contagio directo de persona a persona, por las gotitas de secreciones respiratorias $\geq 5\mu\text{m}$ que se emiten al respirar, hablar, gritar, toser, estornudar, besar, etc., por uno a dos m. de distancia. Es el mecanismo más importante a nivel individual y colectivo comunitario.
- (ii) Simultáneamente, el estornudo y la tos podrían generar aerosoles de gotas $\leq 5\mu\text{m}$ que se mantienen en el aire a mayor distancia. Esta generación de aerosoles adquiere importancia en la atención de salud de pacientes frente a procedimientos que generen estos aerosoles (aspiración de secreciones, intubación, kinesiterapia respiratoria, oxigenoterapia avanzada), de ahí la recomendación de uso de mascarillas de mayor capacidad filtrante que las quirúrgicas, habitual en este contexto.
- (iii) El depósito de las secreciones en el ambiente cercano —manos, ropa, utensilios, paredes, superficies de madera, plástico, metales, etc.— donde el virus sobrevive desde 15 minutos a 4 días, según las condiciones físicas; en ambientes al aire libre, la dilución en el aire y la irradiación UV solar frustran rápidamente la transmisión. Este mecanismo potencialmente posible no juega rol epidemiológico trascendente, aunque pueda ocurrir en casos anecdóticos.

Según estudios genómicos, el virus originario de esta pandemia provendría de un coronavirus de murciélagos (*Rhinolophus affinis*), que usó al pangolín —un mamífero silvestre apreciado por su carne y la queratina de su piel— como trampolín para el salto de especie. Muy mayoritariamente, la comunidad científica global estima que se generó en forma natural (como ocurre habitualmente en la naturaleza), sin intervención humana en su creación (Weits et al., 2020). La transmisión a partir de animales solo ocurrió al principio de la epidemia mientras que la gran difusión pandémica ha ocurrido entre seres humanos (Li, Guan, Wu et al., 2020; Liu, Zhou, Li et al., 2020) y, posiblemente, el cambio a mayor transmisibilidad ocurrió durante su expansión entre humanos (Dhama et al., 2020).

En comparación con el virus influenza, que tiene un amplio espectro de reservorios, el coronavirus también posee muchos hospederos animales, especialmente murciélagos, pero el salto de especie y la capacidad de transmitirse entre humanos se ha dado en muy contadas ocasiones, a diferencia de los virus influenza A, que están permanentemente atravesando la barrera de especie, aunque rara vez logran establecer una fácil transmisión de segunda y tercera generación entre seres humanos, porque necesitarían muchas más mutaciones accesorias.

La puerta de entrada del virus es la mucosa orofaríngea, nasal y potencialmente ocular, a las que llega por vía aérea. Aunque el virus se excreta también por vía digestiva —pues se multiplica bien en el epitelio intestinal— no hay evidencias de que esta vía pueda ser significativa en la difusión del virus ni en su patogenicidad.

En el aparato respiratorio esta virosis puede establecer dos tipos de lesiones celulares:

- a) Por acción directa del virus en la mucosa bronquiolar, con daño alveolar difuso y engrosamiento de la pared alvéolo capilar. También hay lesiones inflamatorias en bazo, riñones, hígado, corazón, es decir, compromiso multiorgánico. Además, esta inflamación también puede afectar al sistema gastrointestinal, corazón, riñones, hígado y sistema nervioso, provocando falla multiorgánica general (Li, Liu, Zhang, et al., 2020; Dhama et al., 2020).

b) La entrada del virus a la célula blanco es mediada por la adsorción de su proteína S a receptores ACE-2 en neumocitos de la mucosa respiratoria baja; la penetración viral alteraría en algún grado el balance del sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, porque inhibe la función de los ACE-2, que consiste en convertir angiotensina II en angiotensina 1-7; se provocaría una acumulación extracelular de angiotensina II, que estimula al receptor AT-1 de angiotensina I (proinflamatorio) a introducirla a la célula, produciendo injuria pulmonar aguda. Se desencadena una tormenta de citoquinas local, con posibilidad de extenderse concomitantemente a los otros órganos mencionados donde existen receptores ACE-2 (Vardhana & Wolchok, 2020).

Es importante dilucidar ambos componentes, el daño directo provocado por el virus y el secundario a la respuesta inmune normal o exagerada, para dirigir el tipo de tratamiento y la oportunidad terapéutica a cada fenómeno.

2.4. Diagnóstico

El diagnóstico de la fase aguda de la infección se basa en la detección de componentes estructurales del virus, ya sean secuencias genómicas específicas por reacción de polimerasa en cadena (PCR), componentes antigénicos o composición proteica (proteómica) específica. La PCR, aunque imperfecta, es el “estándar de oro” actual. El mejor rendimiento es en muestras de secreciones bronquiales, seguido de esputo e hisopados nasales y faríngeos; estos últimos son los más usados por consideraciones prácticas. Tiene una sensibilidad cercana al 90% en situaciones óptimas de calidad de muestra y buena ejecución técnica e interpretación. Aumenta su sensibilidad al repetir muestras negativas horas o días más tarde. Requiere complejos laboratorios de biología molecular y necesita protección del personal para la toma y ejecución del examen. En situación clínica, en contexto pandémico, un cuadro clínico y radiológico sugerente lleva a considerar el diagnóstico aun con PCR negativa, el que se positiviza más tarde en muchos casos. Si bien se hace negativa en la mayoría de los casos a las dos semanas, puede persistir positiva hasta meses después, en circunstancias en que el cuadro clínico ha cedido y la detección genómica no se asocia a

viabilidad viral y no hay transmisibilidad. Por lo tanto, el examen no es indispensable como criterio de alta. Hay activa investigación para el desarrollo de técnicas precisas más rápidas, simples, más baratas, e incluso de ejecución fuera del ámbito de instituciones de salud o laboratorios (por ejemplo, saliva), lo que permitiría estudios masivos con mucho menor riesgo para el personal de salud. La detección de anticuerpos no tiene utilidad diagnóstica inicial, pues la aparición de anticuerpos IgM precoces es inconsistente. La aparición de anticuerpos IgG, más tardíos, permite detectar a quienes ya tuvieron la infección, con alta probabilidad no son infectantes y, posiblemente, tienen algún grado de inmunidad y resistencia a la reinfección, al menos temporal. Hay personas infectadas que nunca desarrollan anticuerpos. El uso de los anticuerpos tiene su mayor utilidad para estudios poblacionales de seroprevalencia. En casos asintomáticos se han detectado cargas virales semejantes a los con síntomas.

2.5. Inmunidad

La infección por SARS-CoV-2 produce una infección aguda, en la cual el individuo se mejora (en algunos casos con larga convalecencia y secuelas) o fallece, pero termina la relación virus-hospedero. No se conoce el rol protector de los anticuerpos, aunque se tiende a asumir que son protectores, especialmente si tienen actividad neutralizante; no se ha definido aún la duración de niveles detectables de ellos. Se ha podido evaluar el rol de la inmunidad celular que presumiblemente es protectora. No se ha establecido la duración de la eventual inmunidad inducida por la infección, un tema altamente relevante en la aplicación de vacunas y en la periodicidad que requeriría la vacunación. En el nivel terapéutico, es importante definir la efectividad de los anticuerpos, para determinar la utilidad del uso de plasma de convalecientes en personas con COVID-19 activo y el rol de anticuerpos monoclonales específicos.

2.6. Vacunas

Es impensable esperar que se alcance pronto una tasa tal de infección que se produzca inmunidad de rebaño regional o mundial (60% o más de la población ya infectada) en un escenario como el presente, de ca-

tástrofe mundial, por lo que todos los esfuerzos en asegurar su control definitivo y reanudar la actividad están puestos en el desarrollo de vacunas, y ya hay más de 100 iniciativas al respecto, con distinto mecanismo de inducción inmunitaria y grado de desarrollo, sin que ninguna haya alcanzado aún demostración en pruebas de eficacia (fase clínica 3) y de seguridad tal que haya llevado a su aprobación para uso comunitario. Chile está en fases avanzadas de análisis para participar en tales pruebas clínicas con varias de estas vacunas.

Se supone que la proteína S es la principal inductora de anticuerpos neutralizantes que deberían proteger por al menos un año y es, por lo tanto, el blanco del desarrollo de vacunas. Las vacunas en desarrollo y evaluación se dirigen a poner en contacto ese elemento antigénico con las células efectoras inmunes para despertar una respuesta que bloquee o destruya al virus. Hay básicamente ocho modelos de vacunas en desarrollo para este propósito: virus inactivado o atenuado, vectores virales replicantes y no replicantes, vacunas de ADN o ARN, y las basadas en proteínas, como subunidades o virus símil. Actualmente se utiliza la biotecnología, basándose en el acabado conocimiento actual de la estructura viral, para preparar rápidamente candidatos de vacuna y probarlos precozmente en seres humanos, es decir, acelerando las etapas *in vitro* para pasar a las etapas 1 y 2 en seres humanos, dada la urgencia actual. Sin embargo, todavía no se dispone de pruebas serológicas para determinar el tipo de inmunidad que queda en las diversas poblaciones afectadas, su duración, ni las técnicas serológicas más apropiadas para medirla, con el fin de definir las necesidades de vacunaciones futuras (Lurie et al., 2020).

Uno de los problemas mayores será la producción masiva y la distribución igualitaria entre los países y dentro de éstos, ya que prácticamente toda la población mundial es candidata a la vacunación.

3. ASPECTOS CLÍNICOS

3.1. Generalidades

La descripción inicial, desde los casos en China, como una enfermedad primariamente de compromiso pulmonar y eventual falla respiratoria en una minoría, se ha ido enriqueciendo y ampliando con los más de 24 millones de casos siguientes a nivel mundial. Actualmente se sabe que hay un porcentaje variable y aún no bien definido de casos asintomáticos u oligosintomáticos, mayoritariamente en personas jóvenes previamente sanas. Un reciente meta-análisis, con miles de casos, predominantemente de estudios en China, llega a una mediana de 15%, destacando que muchos de los casos aparentemente asintomáticos eran pre sintomático y otros subclínicos (alteraciones radiológicas pulmonares), lo que ha dificultado definir la proporción real con ausencia de signos y síntomas.

Los casos sintomáticos se presentan fundamentalmente como cuadro de cefalea, odinofagia, mialgias y tos inicial, coincidente con la etapa de mayor excreción viral (la primera semana); en algunos, luego de esto, se produce una llamada “cascada inflamatoria” o activación masiva de citoquinas con fiebre alta y neumonía, muchas veces progresiva con severa hipoxemia y compromiso multiórganico (He et al., 2020). Entre las peculiaridades de la enfermedad destaca en algunos la anosmia y disgeusia, aun en casos leves, así como la hipercoagulabilidad en casos graves, con trombosis variadas, tromboembolismo pulmonar y accidentes cerebrovasculares. La causa principal de requerimiento de manejo en unidades de pacientes críticos (UPC) es la falla respiratoria, de alta letalidad. La mayoría de los casos en niños es asintomática, pero se ha descrito la cascada inflamatoria en preadolescentes con severa inflamación y compromiso cardiopulmonar.

La mayor gravedad y eventual mortalidad se ve principalmente en personas con comorbilidades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, cardiopatías y patología respiratoria crónica). Un factor independiente, pero habitualmente asociado a lo anterior, es la edad mayor de 60 años. Sin embargo, se ve con frecuencia ocasional personas jóvenes, previamente sanas, que cursan con cuadro grave e incluso fallecen. La

letalidad global de los casos sintomáticos reportados como ya resueltos ha sido de 5% (1-10%). (Hopkins University, 2020) Cerca del 90% de los fallecidos han tenido algunos de los factores de riesgo mencionados.

En Chile la letalidad reportada ha sido de 2,7%, pero pudiera ser un 40% mayor, con los casos probables y sospechosos reportados por la vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud (DEIS). Parámetros de mayor riesgo en la evaluación inicial son hipoxemia (muchas veces asintomáticas), neumonía radiológica, ferritina, proteína C reactiva y dímero-D altos. En general, cerca de un 80% de los casos son leves o moderados, y 20% requiere hospitalización, de los cuales 25 a 30% requiere ingreso a unidad de pacientes críticos (UPC). La letalidad de pacientes en ventilación mecánica puede estar alrededor de 50%. Los pacientes pueden requerir prolongada hospitalización, especialmente los con apoyo ventilatorio intensivo, con frecuentes complicaciones tromboembólicas y sépticas, favorecidas por las medidas terapéuticas (corticoides), la posición (decúbito prono), los procedimientos invasivos y la dificultad propia de la atención de múltiples pacientes graves simultáneos, con personal que requiere uso de incómodas medidas de protección personal y que, muchas veces, no está adecuadamente entrenado, pues ha debido reclutarse prematuramente gente para ampliar atención y reemplazar al personal enfermo o en cuarentena por contacto.

3.2. Manejo clínico

El manejo de la patología es, aún, mayoritariamente sintomático y se basa en control de la de la fiebre, aporte de oxígeno (desde forma simple, como mascarilla nasal tradicional, a la ventilación mecánica y oxigenación por membrana extracorpórea [ECMO], con diversas modalidades intermedias). Para el efecto antiviral precoz necesario se han intentado diversos medicamentos, la mayoría con pobre respaldo científico, pero su utilidad se ha descartado claramente (hidroxicloroquina, cloroquina y azitromicina, lopinavir/ritonavir), lo mismo que terapia de biológica antiinflamatoria (toziluzumab). Actualmente, el único medicamento antiviral con algún respaldo científico (moderada efectividad) es el remdesivir, que ha sido aprobado en EE.UU., Europa y Japón con este propósito exclusivo. Dado el fenómeno de hiperinflamación habitual, se ha recurrido al uso de corticoides precozmente en pacientes

hospitalizados, con moderada eficacia demostrada. El tercer estándar terapéutico actual es el uso de anticoagulantes, en dosis preventiva o terapéutica según el caso. Una cuarta medida que se debate, y aún no se comprueba su efectividad fuera de dudas, es el uso de plasma de convalecientes tardíos de COVID-19, con títulos altos de IgG. Dada su facilidad de preparación, amplia disponibilidad y alta seguridad, ya se ha usado en miles de pacientes y prontamente debiera haber información de mayor peso para determinar su rol.

Un sinnúmero de otras medidas, algunas poco lógicas, se han empleado sin resultados (vitaminas, antiparasitarios). Hay en desarrollo otros antivirales y anticuerpos monoclonales o suero hiperinmune en fases tempranas de evaluación.

4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

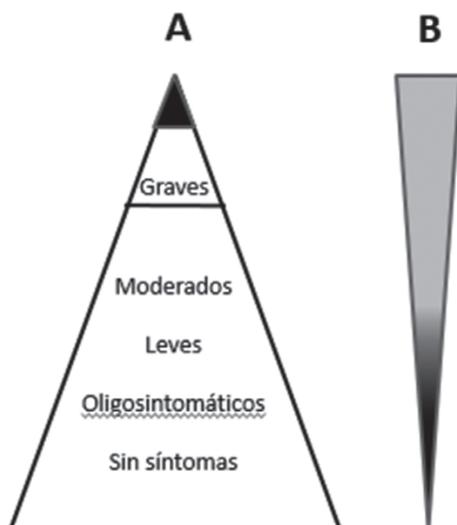
Para analizar la epidemiología de esta pandemia por un virus nuevo, hemos tomado como puntos de comparación al SARS de 2002-2004, y a los virus influenza A H2N2, considerando la información que se ha ido generando desde el inicio en China, y en su paso por Europa y América. Así estamos conociendo algunos hechos básicos de su epidemiología, que comentaremos (Lipsith., et al 2020).

4.1. Espectro de gravedad

El estimado de casos asintomáticos ha variado ampliamente, de acuerdo con diversas publicaciones, llegando a rangos entre 35-80%; clínicamente se ven casos leves, moderados y graves (Baum, 2020; Nishiura et al., 2020; Sakurai et al., 2020). La experiencia china muestra que alrededor de 81% son leves o moderados, 14% graves y 5% entra a UCI; 2,3% requiere ventilación mecánica y 1,4% del total fallece. Como en toda enfermedad infecciosa, existe una pirámide representativa de los grados y frecuencias de gravedad; como no se sabe la frecuencia de asintomáticos ni el total de casos afectados (denominador), habitualmente se contabilizan los enfermos graves y las muertes (numerador) sin contar los casos leves o asintomáticos. Al analizar la letalidad de la pandemia, se puede considerar la letalidad de COVID-19 (enfermedad) con una

media de 5% (1%-10%), y la de SARS-CoV-2 (infección) es más difícil de determinar dada la incertidumbre respecto del total de casos y sus desenlaces. Con apoyo de estudios de seroprevalencia, la OMS la ha estimado entre 0,5 a 1%, semejante a la pandemia de influenza A H2N2 de 1957 (Dhama et al., 2020).

GRÁFICO 2.



A. Pirámide de gravedad de una infección respiratoria transmisible en una comunidad (triángulo negro: muertes).

B. Posibilidad de hacer diagnóstico e intervención sanitaria.

En SARS-CoV-2 no se han definido aún las proporciones de las distintas gravedades.

4.2. Número de reproducción (R_0)

Es el número de nuevos casos que genera un caso durante su evolución, en una población sin inmunidad para el agente y sin intervención. Se ha calculado que, para el SARS-CoV-2, es de 2.2. Permite predecir cómo será la epidemia y calcular la proporción de la población que debería estar inmune para evitar una epidemia. Si hay intervención en la comunidad o vacuna, bajará este número, pues habrá menos susceptibles y

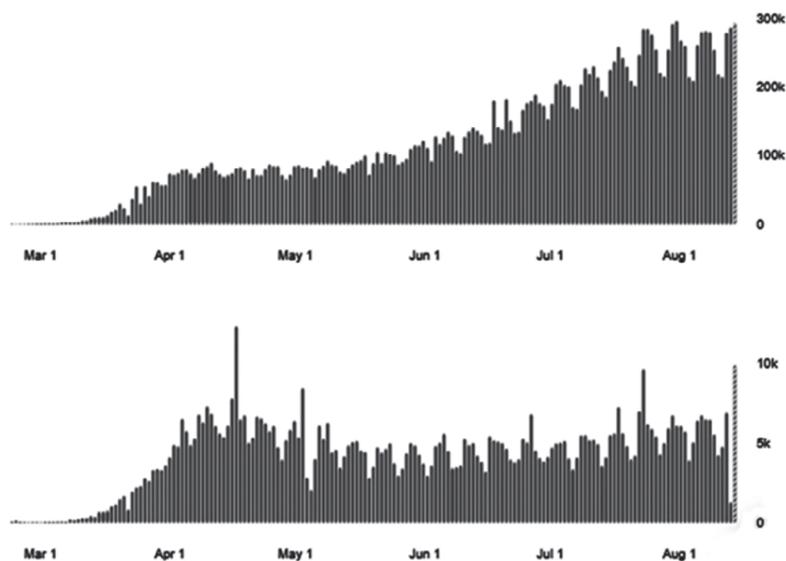
se denomina “Número de Reproducción efectivo” (R_e). Es uno de los parámetros que se calcula diariamente para evaluar el avance de la epidemia, que en Chile ha sido muy ilustrativo. El progreso de la pandemia está dejando cerca del 90% de la población susceptible, por lo que en cualquier momento podrían aparecer rebrotes, que muy posiblemente sean de menor magnitud. Es posible que el virus no desaparezca, sino se establezca en forma endémica, con ondulaciones periódicas como se observa hoy en Europa, en donde llama la atención una reducción de la letalidad inicial.

4.3. Transmisibilidad

Si bien la epidemia partió como de origen animal, la pandemia se difunde por contacto entre humanos. Contagia a personas de todas las edades, aunque en los niños es menos frecuente y tiende a ser leve o sin síntomas; sin embargo, ellos también transmiten. No existe variación estacional en su presentación, pues ha afectado por igual a países en invierno o verano. Se estima que la mayor difusión ocurre en espacios cerrados.

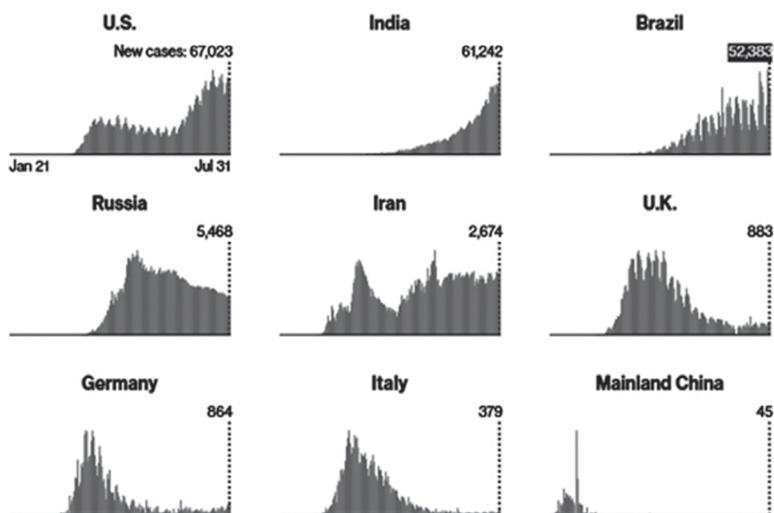
En los gráficos 3 y 4 se observa cómo ha avanzado la pandemia por el mundo y cómo, en muchos países, ya ha retrocedido, coincidiendo con la implementación de medidas de contención con distinta intensidad. Asimismo, en muchos de esos países se está viendo rebrotes más localizados, al disminuir las restricciones, pero con muy baja letalidad, como en España, Italia, Alemania, Finlandia, entre otros (WHO, 2020).

GRÁFICO 3. CASOS DIARIOS DE COVID-19 CONFIRMADOS (21.026.513) Y FALLECIDOS [755.786] EN EL MUNDO.



Fuente: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) dashboard. 15 de agosto de 2020.

GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE LA COVID-19 EN ALGUNOS PAÍSES, AL 23 DE AGOSTO DE 2020.



Fuente: <https://www.bloomberg.com/graphics/2020-coronavirus-cases-world-map/>

4.4. *Prevención*

A pesar del impactante avance de la pandemia, se requeriría mucho tiempo para lograr una inmunidad de rebaño aceptable, lo que implicaría un fuerte costo humano y social. Como no hay antivirales eficaces y las vacunas están en fases de desarrollo, solo disponemos de medidas de contención comunitaria no farmacológica para tratar de controlar esta pandemia. Con ella se pudo controlar el SARS del 2003, que era más virulento aunque mucho menos transmisible, pero no la influenza A H2N2-1957 y, parcialmente, la influenza A H1N1-2009. Las medidas y estrategias a aplicar se conocen, pero sus eficiencias son muy variables y, sobre todo, su implementación genera efectos secundarios sociales y económicos de tal magnitud que surgen dudas sobre qué es peor, el remedio o la enfermedad.

En la tabla 1 se mencionan las posibles estrategias de contención comunitaria, sin entrar en los loables o criticables detalles operativos de su implementación en el país. Al respecto, debe destacarse que las cuarentenas en Chile han sido muy eficientes para disminuir marcadamente los otros virus respiratorios de invierno. En efecto, el virus respiratorio sincicial (VRS), que siempre aparece todos los inviernos afectando fuertemente a lactantes, obligó a organizar las campañas de invierno en Chile en la década de los 90; contagia al 50% de los niños en su primer año de vida, y a los 2 años prácticamente a todos y en todo el mundo. Sorpresivamente, este año no se ha presentado el VRS ni otros, mientras, al parecer, estas medidas no han sido suficientes para controlar al nuevo coronavirus.

TABLA 1. ESTRATEGIAS DE SUPRESIÓN/MITIGACIÓN COMUNITARA NO FARMACÉUTICAS.

1. Detección y aislamiento de casos en su domicilio, residencia u hospital, según gravedad
2. Cuarentena voluntaria en casa por 14 días a los contactos de un caso en domicilio o en residencia sanitaria, y vigilancia con posibilidad de diagnóstico (PCR) si hay sospechas
3. Distanciamiento social, en especial para los mayores de 70 años
4. Distanciamiento social y uso de mascarillas en lugares cerrados, transporte, colegios y trabajo
5. Cierre de guarderías infantiles, colegios, universidades y lugares para eventos sociales que conglomeren gente (teatros, restaurantes, estadios, etc.)
6. Cierre de locales comerciales, excepto los indispensables (alimentos, farmacias, construcción)
7. Cuarentenas obligatorias geográficas (barrios, comunas, provincias, regiones)
8. Restricciones de viajes por aire, mar o tierra. Contención sanitaria
9. Cierre de fronteras
10. Implementación de diagnóstico de laboratorio específico en todo el país
11. Reconversión de hospitales públicos y privados, y de salas de distintas categorías, para atención de COVID-19, incluyendo personal, ambulancias y otros elementos necesarios
12. Implementación de camas críticas con equipo y personal adiestrado

Fuentes: Imperial College COVID-19 response team (3-3-2020) (Ferguson, 2020). Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Elementos para el abordaje de la epidemia COVID-19 en Chile. 21-3-2020. <http://www.saludpublica.uchile.cl>

Se ha planteado otra forma de encarar la pandemia, la *Shield immunity* (Weits et al., 2020), que se basa en usar la población que ya ha tenido la infección —que se supone inmune— para reactivar la actividad social y económica. Sin embargo, la ciencia todavía no se siente en condiciones de otorgar un carné de inmunidad a los recuperados, mientras no haya mayor información respecto de la calidad y duración de la inmunidad que deja este nuevo virus.

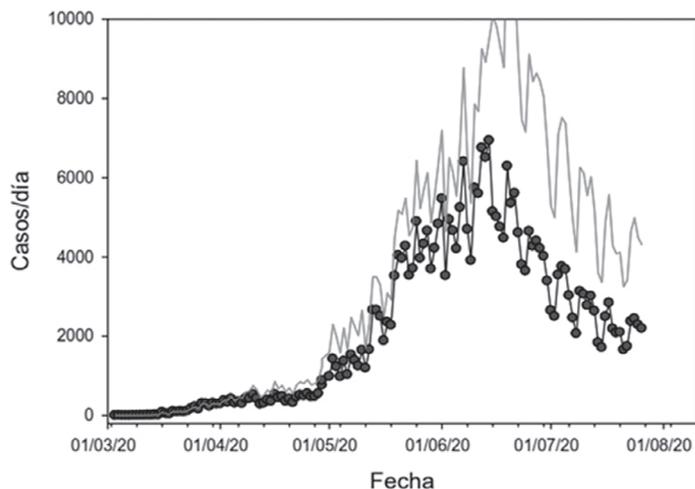
Esperamos que, en un futuro no muy lejano, podamos dilucidar muchos de los dilemas que nos está planteando este nuevo virus. Al menos estamos aplanando su curva, revalorizando y cambiando nuestra forma

de vida. Y seguimos aprendiendo sobre evolución clínica, tratamiento y desarrollando vacunas para SARS-CoV-2 u otro virus emergente.

4.5. *Epidemiología global y nacional a agosto de 2020*

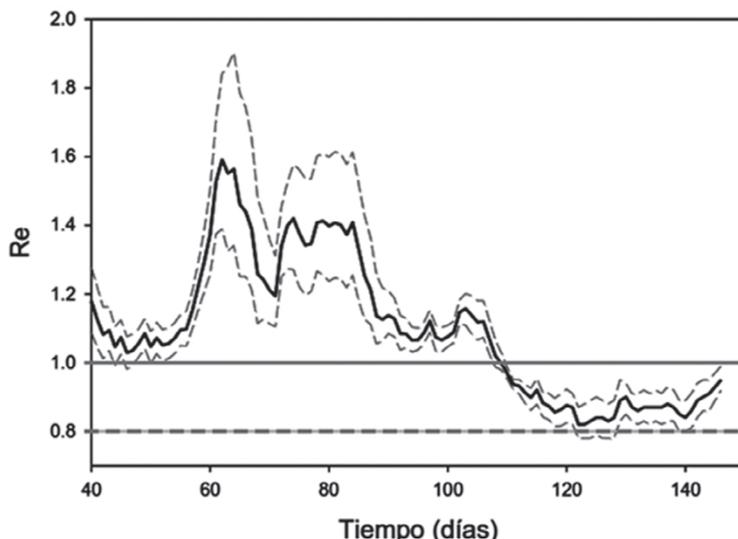
La pandemia ha sido reportada en más de 200 países o entidades, con poco más de 24 millones de infectados, con el continente americano como el más activo en el mundo (50% del total de casos), más de 800 mil fallecidos, con rebrotes en Europa y situación incierta y poco definida en gran parte de Asia y África. China, donde empezó el brote, parece ser el país que lo tiene más controlado.

GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN DE LA COVID-19 EN CHILE. EN PUNTOS, LOS CASOS NUEVOS DIARIOS SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD. EN GRIS, LOS CASOS ESPERADOS SEGÚN PROSPECCIONES.



Fuente: Prof. M. Canals ESP. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE REPRODUCCIÓN EFECTIVO (Re) DE LA COVID EN CHILE.



Línea continua representa los valores observados y las entrecortadas las $IC_{\pm 0.95}$. Línea horizontal correspondiente a 1.0 significa epidemia en detención, y la línea en 0.8 implica nivel de seguridad en su descenso.

Fuente: Prof. M. Canals. ESP. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Chile ha sido enormemente afectado. De hecho, ha estado desde mayo de 2020 entre los diez países con más casos en el mundo. Aun cuando se tome en cuenta una mayor precisión estadística y de reporte respecto a otros países, si se compara con otras naciones con calidad de datos similares la situación no cambia mucho: un pequeño país de recursos medios altos, con la más alta tasa mundial por 100 mil habitantes (excluidos cuatro países con menos de tres millones de habitantes). A mitad de agosto de 2020, en Chile teníamos 384.000 contagiados sobre 19.000.000 hab. (2% de la población). El país reporta una mínima proporción (4%) de los casos como “activos” desde el punto de vista epidemiológico, optando por una definición minoritaria a nivel internacional, que iguala activo a infectante sin mayores consideraciones clínicas, lo que redundo en que más de un 93% de los casos se catalogue como “recuperados”, independiente de que muchos sigan enfermos sin que su supervivencia esté asegurada. Por comparación, Estados Unidos reporta casi un 50% de sus casos en la primera categoría, usando más

bien una clasificación clínica. La situación epidemiológica se mantiene en la categoría de transmisión comunitaria generalizada.

La tabla 2 muestra algunas cifras y parámetros que permiten apreciar más detalladamente la magnitud de la pandemia que ha causado una crisis sanitaria sin precedentes en Chile, con inmensas repercusiones socioeconómicas y que tomará años en superar. Sin embargo, la letalidad ha sido relativamente baja y el sistema de salud se vio tremendamente apretado, pero no colapsó en esta primera oleada de la infección. La pandemia ha afectado a todo el país, pero más desproporcionadamente a la Región Metropolitana, que registra el 68% de los casos (con 40% de la población nacional). Ya se ha informado un número de casos que supera ligeramente al 2% de la población nacional. La cima de la primera ola del brote se alcanzó a mediados de junio y disminuyó marcadamente el mes siguiente, luego de prolongada cuarentena, pero actualmente la pendiente de este descenso se ha aplanado, justo en momentos en que empiezan a disminuir las restricciones impuestas previamente. Claramente, llegó en un delicado momento de tensión social, con alto nivel de desconfianza de la población en las instituciones del Estado.

TABLA 2. SITUACIÓN COMPARATIVA DE CHILE RESPECTO A LA PANDEMIA COVID-19 MUNDIAL. 17/8/2020.

Población porcentual mundial	0,25%	
Porcentaje de acuerdo a total mundial	1,7% (2,5% en junio)	Sobrerrepresentación de 7 veces la población
<i>Ranking</i> mundial según:		
Casos totales	9°	Entre los 10 primeros desde Mayo
Casos diarios	20°	
Casos por millón habitantes (n)	1° (20.319)	2% de la población nacional ¹
Fallecidos por millón de habitantes	9°	2° en todo el continente americano
Total de fallecidos	14°	
PCRs por millón de habitantes	47°	2° en Latinoamérica
Pacientes críticos	11°	
Parámetros porcentuales específicos		
Letalidad de casos con desenlaces	2,9%	Si se agregan sospechosos y probables aumentaría en un 40%
Porcentaje de casos activos ² del total	4%	Activo= infectante. Difiere con definición estándar internacional
Porcentaje de recuperados ³ del total	93,2%	Recuperado= no infectante ¿mejorado?
Porcentaje de pacientes críticos entre activos	7,3%	
Evolución epidemiológica		
Variación desde <i>la cima</i>	-75%	Junio 16 a agosto 17

¹5° a nivel mundial, primeros entre países/entidades de más de 3 millones de habitantes.

²Promedio mundial de activos se reporta en 28,5%.

³Promedio mundial de recuperados se reporta en 68%.

Fuentes: Worldometers Coronavirus, Johns Hopkins COVID Resource Center, WHO Covid dashboard.

El rol de esta situación social y política inmediatamente previa a la llegada del SARS-CoV-2 deberá ser evaluado con profundidad y sereni-

dad en un futuro inmediato. Esta latente tensión social puede jugar en contra de un adecuado control de la epidemia en el futuro inmediato, ya que recién ha empezado la transición hacia la normalización de las actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, K. (2018). Vacunas Virales. En: L. Avendaño et al. *Virología Clínica*. 2ª edición. Santiago de Chile: Ed Mediterráneo.
- Avendaño, L. et al. (2018). *Virología Clínica*. 2ª edición. Santiago de Chile: Ed Mediterráneo.
- Baum, S. G. (2020). Important Lessons from Cruise Ship-Related COVID-19. *MD reviewing Ing AJ et al. Thorax* 2020 May 27. Recuperado de <https://www.jwatch.org/na51706/2020/06/03/important-lessons-cruise-ship-related-covid-19>
- Corey, L., Mascola, J. R., Fauci A. S. & Collins F. S. (2020). A strategic approach to COVID-19 vaccine R&D. *Science*, 10.1126/Science.abc5312.
- De Wit, E., Van Doremalen, N., Falzarano, D. & Munster, V. J. (2016). SARS and MERS: recent insight into emerging coronaviruses. *Nature Reviews-Microbiology*, 14, 523-34.
- Dhama, K., Khan, S., Tiwari, R. et al. (2020). Coronavirus Disease 2019-COVID 2019. *Clinical Microbiology Reviews*. *ASM*, 33, 00028-20. DOI: <https://doi.org/10.1128/CMR.00028-20>
- Feldstein, L. R., Rose, E. B., Horwitz, S. M. et al. (2020). Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med*, 383, 334-346. DOI: 10.1056/NEJMoa2021680
- Ferguson, N. M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G. et al. (2020). *Impact of non-pharmaceutical intervention (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>
- Folegatti, P. M., Ewer, K. J., Aley, P. K. et al. (2020). Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*, 396(10249), 467-478. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31604-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31604-4)
- Gao, Q., Bao, L., Mao, H. et al. (2020). Development of an inactivated vaccine candidate fort SARS-CoV-2. *Science*, 369, 77-81.

- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y. et al. (2020). Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382, 1708-20. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
- He, J., Guo, Y., Mao, R. & Zhang J. (2020). Proportion of asymptomatic coronavirus disease 2019: A systematic review and meta analysis. *Journal Medical Virology*, 10(1002), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.26326>
- Hopkins, J. University. (2020). Recuperado de <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Jackson, L. A., Anderson, E. J. , Roupheal, N. G. et al. (2020). An mRNA vaccine against SARS-CoV-2. Preliminary report. *New England Journal of Medicina*. July 14, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2022483
- LePam, N. (2020). Visualizing the History of Pandemics. *Healthcare*. Recuperado de <https://www.visualcapitalist.com/history-of-pandemics-deadliest/>
- Li, H., Liu, L., Zhang, D. et al. (2020). SARS-CoV-2 and viral sepsis: observation and hypotheses. *The Lancet*, 395, 1517-20.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P. et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199-1207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316
- Lipsitch, M., Phil, D., Swerdlow, D. & Finelli L. (2020). Defining the Epidemiology of COVID-19. Studied needed. *New England Journal of Medicine* 2020; 382(13):1194-6.
- Liu, C., Zhou, Q., Li, Y. et al. (2020). Research and development on therapeutic agents and vaccines for COVID 19 and related human coronavirus diseases. *American Chemical Society*. DOI: <https://dx.doi.org/10.1021/acscentsci.0c00272>
- López, V. (2020). *Manejo COVID-19*. Hospital de Urgencia, Asistencia Pública.
- Lu, X., Zhang, L., Du, H. et al. (2020). SARS-CoV-2 in Children. *New England Journal of Medicine*, 382, 1663-1665. DOI: 10.1056/NEJMc2005073
- Lurie, N., Saville, M., Hatchett, R. & Halton, J. (2020). Developing Covid-19 vaccines at pandemic speed. *New England Journal of Medicine*, 382, 1969-1973. DOI: 10.1056/NEJMp2005630
- Peiris, M. J. S. & Poon, Li. M. (2009). Coronaviruses and Toroviruses. In: A. J. Zuckerman, J. E. Batnava, B. D. Schoub, P. D. Griffiths & P. Mortimer. *Principles and practice of Clinical Virology*, 6^a Ed. West Sussex: John Wiley & Sons LTD.
- Masters, P. S. & Perlman, S. (2013). Coronaviridae. In: D. M. Knipe & P. M. Howley. *Fields Virology* (p. 825). Philadelphia: Wolster Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Nishiura H *et al* (2020). Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 154-155. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>
- Sakurai, A., Sasaki, T., Kato, S. et al. (2020). Natural History of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *New England Journal Medicine*, 383: 885-886. DOI: 10.1056/NEJMc2013020
- The Economist*. The viral universe. Viruses have big impacts in ecology and evolution as well as in human health. Editorial. Daily Newsletter, August 20, 2020.
- Vardhana, S. A. & Wolchok, J. D. (2020). The many faces of the anti-COVID immune response. *Journal of Experimental Medicine*, 217(6). DOI: <https://doi.org/10.1084/jem.20200678>
- Weinstein, M. C., Freedberg, K. A., Hyle, E. P. & Paltiel AD. (2020). Waiting for Certainty on COVID-19 Antibody Tests - at what cost? *New England Journal Medicine*, 383, e37. DOI: 10.1056/NEJMp2017739
- Weits, J. S., Beckett, S. J., Coenen, A. R. et al. (2020). Modelling shield immunity to reduce COVID19 epidemic spread. *Nature Medicine*, 26, 849-854. DOI: <https://doi.org/10.1038-s41591-020-0895-3>
- WHO. (2020). Laboratory testing for coronavirus disease. *Interim guidance 19* March 2020. WHO/COVID-19/laboratory/2020.5. <https://covid19.who.int/region/euro/country/es>
- Zambon, M., Potter, C. W. (2009). Influenza. In: A. J. Zuckerman, J. E. Batnavala, B. D. Schoub, P. D. Griffiths & P. Mortimer. *Principles and practice of Clinical Virology*. 6^a Ed. West Sussex: John Wiley & Sons LTD.
- Zhu, F., Li, Y., Guan, X. et al. (2020). Safety, tolerability and immunogenicity of a recombinant Adenovirus Type-5 vectored COVID 19 vaccine: a dose-escalation, open-label, non-randomised, first-in-human trial. *The Lancet*, 395(10240), 1845-1854. DOI: [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(20\)31208-3](https://doi.org/10.1016/50140-6736(20)31208-3)

Luis Fidel Avendaño Carvajal. Nació en Santiago en 1939. Médico cirujano, graduado en la Universidad de Chile (1964), ejerció como médico general de zona en la XII Zona de Salud (1964-67) y se becó en Pediatría (1968-71, Universidad de Chile. Prof. J. Meneghello). Se especializó en Infectología (1973), incorporándose a la Unidad de Virología de la Universidad de Chile (Prof. G. Contreras). Obtuvo dos becas OPS para la Georgetown University (J. Bellanti) y NIH, Bethesda, USA (A Kapikian) en 1976 y 1981. Posteriormente ha sido investigador invitado al CDC-Atlanta-USA, Birmingham University UK, Universidad de Sao Paulo, Brasil, Baylor Medical Center Texas, USA. Fue Presidente de la Asociación Chilena de Microbiología (1989-91). Como Profesor Titular de la Universidad de Chile (1992) continúa en actividades de docencia, investigación y servicio. Es Miembro Honorario de la Academia Chilena de Medicina (2017).

Marcelo Wolff Reyes. Médico cirujano, egresado de la Universidad de Chile. Realizó programa de formación en Medicina Interna y Farmacología en el Hospital San Borja y luego residencia en Medicina Interna en The Bronx Lebanon Hospital de Nueva York e Infectología en la Universidad de Medicina y Odontología de New Jersey. Desde su regreso a Chile ha trabajado en el Hospital San Borja Arriarán y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Es Profesor Titular de dicha universidad y encargado del programa de formación de infectólogos, jefe de Infectología del Hospital San Borja Arriarán y presidente de la Fundación Arriarán, centro de atención VIH con 5.000 pacientes activos. Infectólogo de Clínica Santa María. Socio fundador y ex presidente de la Sociedad Chilena de Medicina, la cual lo ha nombrado Maestro de la Infectología Chilena. Académico de Número de la Academia Chilena de Medicina.

SALUD MENTAL, ENFERMEDADES Y COVID-19

RAMÓN FLORENZANO¹, MANUEL UGALDE²

RESUMEN

Este artículo revisa los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental humana, en un marco temporal y espacial. Se contrasta el problema creciente de salud pública con la “infodemia” alimentada por los medios de comunicación, que eleva el nivel de síntomas ansiosos, depresivos, insomnio en las personas expuestas. La metáfora de la “guerra biológica” entre coronavirus y humanos puede ser entendida como una realidad, ya que, históricamente, las sucesivas “pestes” han exterminado porcentajes elevados de la población en diversos países del mundo. La respuesta colectiva se puede pensar como la misma que en las guerras prolongadas, en una competencia en la cual los microorganismos siempre terminarán ganando a especies complejas como los primates. Se documenta la afirmación anterior en la situación actual, que ha reactivado el temor atávico a las pestes, con respuestas a veces de encierro prolongado, en cuarentenas y confinamientos, o de desafío con mayor o menor nivel de protección. Al ser un virus desconocido, solo se está acumulando evidencia acerca del diagnóstico, tratamiento y prevención de las consecuencias médicas y neuropsiquiátricas del coronavirus. Se revisa la evidencia acerca de los efectos cerebrales agudos y crónicos acumulada hasta el momento, así como los efectos del distanciamiento social, aislamiento y soledad consecuente (Brooks et al., 2020), en individuos de diferentes grupos etarios, orígenes nacionales o étnicos. La pandemia afecta tanto a personal de salud, que está en la primera línea de tratamiento en hospitales y centros de salud, como a los psiquiatras y psicólogos que deben apoyar a estos equipos. Los síntomas de estrés agudo y post-traumático (TEPT) son una consecuencia tanto entre prestadores como en pacientes recuperados. La cuarentena y el confinamiento prolongado producen también reacciones, que están siendo enfrentadas en forma sistemática con teleterapias y prevención a distancia. Se

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Académico Honorario, Academia Chilena de Medicina, Instituto de Chile.

² Unidad de Filosofía y Humanidades de la Psiquiatría, Clínica Psiquiátrica Universitaria. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

concluye mencionando las recomendaciones del Ministerio de Salud, así como de grupos universitarios, para apoyar a las personas en mayor riesgo y a sus familiares.

Palabras clave: pandemia, salud mental, estrés, COVID-19, cuarentena.

INTRODUCCIÓN

Este artículo revisa los efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental, desde un punto de vista temporal y espacial. Adicionalmente, se contrasta el problema creciente de salud pública con la “infodemia” alimentada por los medios de comunicación, que eleva el nivel de síntomas ansiosos, depresivos, y el insomnio en las personas expuestas.

Casu y Patel (2020), de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, han señalado que una de las peculiaridades de esta pandemia es que la mortalidad del coronavirus hasta el momento se ha concentrado en un 90% en los países más ricos. Esto ha implicado que, en la medida en que el peso de ella se ha trasladado hacia los países de menores ingresos, ha tenido un impacto mucho mayor. La pregunta abierta es si las medidas que han sido útiles en muchos de estos países, como los *lockdowns* masivos y el uso de unidades hospitalarias especializadas y de alto costo, son factibles en lugares con contextos geográficos y humanos muy diversos, con amplias inequidades sociales y con una infraestructura de salud muy endeble. La pregunta surge acerca de la sabiduría de imponer cuarentenas en países donde los ancianos no viven en casas de reposo, sino con sus familiares, y donde el impacto de no salir a trabajar sobre las finanzas familiares es muy fuerte. El distanciamiento social es teórico para quienes viven en barriadas populares o en casas rurales, donde toda la familia se concentra en una pequeña habitación, sin el espacio que tienen para encerrarse los más afluentes. En estos lugares parece más sensato el foco en la atención primaria de salud, con trabajadores comunitarios que ayuden en la trazabilidad de los contactos, y en una educación sanitaria que insista en el uso de mascarillas al salir, en el lavado frecuente de manos, en la etiqueta para estornudar. Estos trabajadores debieran ser premunidos de ropas protectoras en buena proporción, y con

acceso a lugares protegidos para cuarentena cuando se infecten. Más que confiar en las fuerzas policiales o militares para velar por la cuarentena, habría que fomentar y facilitar la solidaridad social y la confianza en la capacidad de autoorganización de las comunidades.

HISTORIA DE LAS PESTES

Ha sido de uso común la metáfora de la “guerra” entre coronavirus y seres humanos desde que estalló la pandemia en China hasta ahora (Loewe, 2020). Lo cierto es que esto puede ser entendido no simplemente como una metáfora conceptual. Si miramos en perspectiva e históricamente, desde un punto de vista filogenético, es cierto que las sucesivas “pestes” han exterminado porcentajes elevados de la población en diversos países del mundo. También han traído aparejada una respuesta colectiva similar a las guerras prolongadas, es decir, la búsqueda del control y la desaparición de la especie. En ese sentido, se puede usar adecuadamente la metáfora de una guerra en contra de la expansión del virus, que lleva a sus efectos en la organización vital humana. Ello siempre y cuando se entienda al virus como enemigo, tal y como lo ha planteado Schmitt³, que la guerra aparece en ese punto donde una comunidad experimenta “...la negación del propio modo de existencia, y por eso es rechazado o combatido para preservar la propia forma esencial de vida”⁴; recordemos a von Clausewitz⁵, y su adagio “...la guerra es simplemente la continuación de la política por otros medios”. La declaración de guerra es metafórica, ya que lo que tenemos delante es un virus y no propiamente una alteridad humana.

La reacción de un pueblo a una epidemia es semejante desde la *polis* griega (Antiel, 2020). En el drama griego *Oedipus Rex* (Sófocles, 2008), la ciudad de Tebas está siendo azotada por una plaga, y en su escena de apertura los efectos del contagio son evidentes, por sus calles vacías y el terror angustioso que abunda en los personajes. Los hijos son separados de sus padres y solo se oyen gritos y quejumbres de mujeres y

³ Schmitt, C., *El concepto de lo político. Texto de 1932 con un prólogo y tres corolarios*.

⁴ Schmitt, Op. Cit., p. 34.

⁵ Von Clausewitz, C. *On war*, p. 28.

sacerdotes. La historia continúa enseñándonos que la pestilencia es un castigo divino, por el asesinato del difunto rey Layo, y que solo desaparecerá encontrando y exiliando al culpable de su muerte. La ciudad pide al joven y enérgico nuevo rey Edipo que viaje a visitar a la Esfinge en el templo de Apolo, para resolver el enigma y salvar a Tebas. Cuando Edipo descubre, horrorizado, que fue él mismo quien mató a su padre, que, cuando él nació, lo había abandonado fuera de la ciudad para que muriera. El bebé Edipo fue encontrado y criado en Corinto, y, joven, encuentra a Layo en una encrucijada de caminos y en una disputa lo asesina. También, sin saberlo, al volver a Tebas desposa a su propia madre, Yocasta. La tragedia llega a su climax cuando Edipo se percata de que es su propia fuerza (su visión y agudeza para guiar a su pueblo) lo que ha desencadenado la pestilencia sobre Tebas. Decide entonces arrancarse los ojos y exiliarse acompañado de su hija Antígona para redimir su pecado.

Esta leyenda, estudiada por Freud y redescubierta y recreada en múltiples psicoanálisis desde entonces, también reaparece en nuestros días, cuando los avances científicos y tecnológicos nos hacen enfrentar esta nueva peste, la del coronavirus, y nos damos cuenta de que nuestra disrupción de equilibrios naturales aparece como un nuevo caso. Es en la que precede a su nacimiento donde encontraremos el origen de todos sus males. El mito de Edipo trae a colación tanto la idea de la ceguera y sordera de esa omnipotencia que no escucha ni atiende la advertencia de los otros (Foucault, 2003)⁶, como también la idea de un desorden del cosmos traído por los propios seres humanos, no en el presente, sino en un pasado remoto (Ferry, 2009). En el presente solo se actualizan y realizan los efectos colaterales de ello: “[los humanos] son engullidos por un destino que se les escapa y que los machaca hagan lo que hagan, pues esta maldición se remonta a un tiempo muy lejano”. La lógica de operación del mito es que cuando el cosmos se ha desordenado por una vez, es imposible reestablecer el orden de tal cosmos sin causar grandes daños colaterales. Tal vez de ese modo haya

⁶ el Edipo de Sófocles es “...un saber solitario; el saber del hombre que quiere descubrirlo todo con sus propios ojos, sin apoyos en lo que se dice o se oye; el saber autocrático del tirano, que se cree que por sí solo es capaz de gobernar la ciudad. [...] ejerce un poder tiránico y solitario —desviado tanto del oráculo de los dioses que no quiere oír como de lo que dice y quiere el pueblo—...” (Foucault, 2003 p. 58).

que interpretar el sentido del coronavirus, como el lamentable efecto de un desbalance en el cual nuestra acción directa no tiene ningún vínculo y que nos vemos obligados a pagar y aplacar, y también aceptar —como nuevamente afirma Ferry— que el humano moderno no puede haber hecho mucho para detener *su aparición*. Pero, del mismo modo, tal y como los personajes de las tragedias de Sófocles parecen insinuarlo, algo más se puede entender o aprender en el marco de esta pandemia. Como lo sugiere el mismo Ferry, si bien la aparición de la catástrofe no es nuestra responsabilidad, sí el modo en el que se decide responder a ella y el modo en el que estábamos organizados frente a su aparecer; el modo y posibilidades en las cuales *subvertimos* el modo en que ocurren estos desastres frente a nosotros. Es a esto mismo a lo que se refiere el geógrafo inglés David Harvey, cuando afirma que los desastres naturales no tienen nada de naturales (Harvey, 2014).

Somos animales sociales, y un médico que trata pacientes de la COVID-19 decía que lo peor de la muerte por esta enfermedad es que éstos tienen que padecerla solos, sin el consuelo de la presencia de sus familiares. El aislamiento por el distanciamiento social necesario tiene consecuencias serias en la salud mental de enfermos y sus cuidadores (Galea, Merchant & Lurie, 2020).

CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS

Al ser un virus desconocido, solo lentamente hay evidencia acerca del diagnóstico, tratamiento y prevención de las consecuencias médicas y neuropsiquiátricas. Desde la información sobre la aparición de una nueva variedad de SARS, en enero del 2020 en China, hasta ahora, cada día hay informaciones nuevas —y a veces contradictorias— sobre las características de los coronavirus.

ASPECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Se revisa la evidencia acerca de los efectos cerebrales agudos y crónicos acumulada hasta el momento.

Un estudio en Munich, Alemania (Von Weyhern, Kaufmann, Neff & Kremer, 2020), muestra que la principal lesión producida por el corona-

virus es una neumonía viral, pero que hay además un compromiso del sistema nervioso central, con panencefalitis, meningitis y daño neuronal en las células del tronco encefálico. En los pacientes jóvenes, muchas veces la causa directa de la muerte fue hemorragia cerebral. Esto se ha ligado a problemas de la coagulación producidas por la COVID-19.

En una amplia revisión meta-analítica, Rogers y cols. (2020) afirman que de 1.963 estudios en 3.559 casos de COVID-19 de China, Hong Kong, Corea del Sur, Canadá, Arabia Saudita, Francia, Japón, Singapur, Reino Unido y Estados Unidos, se encontró que los síntomas comunes entre los pacientes ingresados en el hospital por SARS o MERS incluyeron confusión (36 [27.9%; IC 95% 20.5-36.0] de 129 pacientes), estado de ánimo deprimido (42 [32.6%; 24.7-40.9] de 129), ansiedad (46 [35.7%; 27.6-44.2] de 129), problemas de memoria (44 [34.1%; 26.2-42.5] de 129) e insomnio (54 [41.9%; 22.5-50.5] de 129). La manía y la psicosis inducidas por esteroides se informaron en 13 (0,7%) de 1.744 pacientes con SARS en la etapa aguda en un estudio. En la etapa posterior a la enfermedad, estado de ánimo deprimido (35 [10.5%; IC 95% 7.5-14.1] de 332 pacientes), insomnio (34 [12.1%; 8.6-16.3] de 280), ansiedad (21 [12.3%; 7.7-17.7] de 171), irritabilidad (28 [12.8%; 8.7-17.6] de 218), deterioro de la memoria (44 [18.9%; 14.1-24.2] de 233), fatiga (61 [19.3%; 15.1-23.9] de 316), y en un estudio se notificaron con frecuencia recuerdos traumáticos (55 [30.4%; 23.9-37.3] de 181) y trastornos del sueño (14 [100.0%; 88.0-100.0] de 14). El meta-análisis indicó que, en la etapa posterior a la enfermedad, la prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático fue del 32.2% (IC del 95%: 23.7-42.0; 121 de 402 casos de cuatro estudios),

EFFECTOS DE LA CUARENTENA Y DEL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

El impacto psicológico de la cuarentena es importante, y ha sido estudiado por Brooks y cols. (2020). Ese meta-análisis de 3.166 estudios incluyó a 24 trabajos metodológicamente adecuados, de 10 países distintos y que consideraron al SARS (11 estudios), Ébola (5), la influenza H1N1 de 2009 y 2010 (3), el Síndrome respiratorio de Medio Oriente (2) y la influenza equina (1). La mayoría de los estudios revisados reportaron efectos psicológicos negativos, entre los que se incluyen síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Entre los estresantes que apare-

cieron durante la cuarentena, las investigaciones incluyeron la duración de las cuarentenas más prolongadas (sobre todo en aquellas de más de 10 días), miedo al contagio, frustración, aburrimiento, provisiones inadecuadas e información inadecuada. Por su parte, las investigaciones afirman que, entre los estresores poscuarentenas, se incluyen las pérdidas financieras y el estigma que pueden recibir los recuperados y sus cercanos. Algunos investigadores han sugerido la existencia de efectos a largo plazo. En situaciones en que la cuarentena es considerada necesaria, las autoridades no deben aislar a los individuos por más tiempo del necesario, entregar razones claras para la cuarentena e información sobre los protocolos, además de asegurar que se entregarán provisiones suficientes.

Muchas de las investigaciones reseñadas provienen de Asia, dado que allí se inició la pandemia, centrándose en poblaciones específicas, tales como estudiantes universitarios en cuarentena (Cao et al., 2020), trabajadores de la salud de primera línea (Lai et al., 2020) fuerza laboral activa (Tan et al., 2020), pacientes contagiados con COVID-19 (Rogers et al., 2020) y localidades específicas (Zhang & Feei, 2020). Solo dos estudios pretendieron proporcionar estimaciones de las frecuencias de síntomas mentales en población general (Roy et al., 2020; Bohlken et al., 2020).

Tan et al. (2020) muestran que, en los trabajadores, los factores que inciden mayormente en la expresión de síntomas más intensos se vincula con el estado conyugal, la presencia de al menos un síntoma físico, salud física frágil y percibir el retorno de trabajo como peligroso para la salud ($p < 0.05$). Otra investigación muestra que, además de la propia sensación de fragilidad o enfermedad, la existencia de familiares o cercanos expuestos a la COVID-19 es un factor de aumento de la intensidad de síntomas.

Esto mismo se puede concluir de las investigaciones revisadas con población afectada por la COVID-19. Por ejemplo, la investigación de Roy et al. vincula como factores de estrés el miedo al contagio (37,8%) y la información inadecuada de los medios de comunicación y redes sociales (36,4%). Otra investigación muestra también los efectos del autoaislamiento durante 14 días o más ($n=170$), siendo coherente con Brooks et al. Se puede afirmar que la investigación de Gao y colaborado-

res (2020) profundiza la relación entre exposición a la información de medios de comunicación y redes sociales tras el brote de COVID-19 en la salud mental. Profundizando los resultados ya señalados, esta investigación (n=4.872) afirma que un 82,0% de los participantes se expone con frecuencia a las redes sociales, y esto se asocia a altas probabilidades de ansiedad, como también de depresión y ansiedad combinada. Del mismo modo, menos exposición a tales redes implicaba menor intensidad en los síntomas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Las investigaciones muestran que el apoyo social y las redes se correlacionan negativamente con los niveles de ansiedad ($p < .001$), del mismo modo que los vínculos de matrimonio, lo que indica la relevancia del vínculo social. Del mismo modo, una investigación muestra que parecen factores protectores la confianza en los médicos, la probabilidad de supervivencia percibida y el bajo riesgo de contraer COVID-19, la satisfacción con la información de salud disponible y las medidas de precaución personal. También, en esta investigación se muestra como un factor protector las medidas de prevención de psiconeuroinmunidad, que incluyen higiene de manos y el uso de máscaras como medidas en los lugares de trabajo, las que se asocian a menor presencia de síntomas ($p < 0.05$). Además de lo anterior, una investigación muestra la importancia que la gente le da a la posibilidad de comunicar sus propios sentimientos a profesionales, sean estos médicos, psiquiatras o psicólogos, lo que parece incidir en la intensidad de los síntomas.

CLÍNICA DE LOS CUADROS DE ESTRÉS AGUDO Y TEPT

Los síntomas de estrés agudo y postraumático (trastorno de estrés postraumático, TEPT) son una consecuencia tanto entre prestadores como entre pacientes recuperados. La cuarentena y el confinamiento prolongado producen también reacciones, que están siendo enfrentadas en forma sistemática con teleterapias y prevención a distancia. Los estudios realizados en países de desarrollo medio o bajo muestran que la población sabe poco del coronavirus y sus mecanismos de acción, pero que teme sus efectos y conoce las medidas preventivas. Roy y Cols realizaron

teleencuestas con una técnica de bola de nieve a población general en la India (n=669), encontrando que el temor a enfermarse es elevado. Los síntomas más frecuentes fueron las dificultades para dormir (12,5 %), la paranoia de contagio (37,8 %) y el estrés relacionado con los medios y las redes sociales (36,4 %). Un 80% pensaba que necesitaba ayuda psicológica.

En cuanto a los estudios que estiman sobre la salud mental en población general, se puede señalar que ansiedad y estrés son los síntomas más prevalentes. Un estudio que aborda la población india mayor de 18 (n=662), por medio de una escala confeccionada por el equipo de investigación, afirma la existencia de dificultades para dormir (12,5 %), miedo al contagio (37,8%) y síntomas de estrés vinculados a los medios y redes sociales (36,4 %). Por su parte, otra investigación sobre población china (n=1738) pretendió evaluar el impacto psicológico y el estado de salud mental por medio de encuestas psicométricas sobre TEPT (IES-R) y síntomas afectivos (DASS-21). Allí se observó la existencia de estrés moderado a severo (8,1%), ansiedad (28,8%) y depresión (16,5%) en la población china. Estos resultados pueden ponerse en relación con otro estudio chino, concentrado en los efectos psicológicos en los mayores de 18 años en la provincia de Liaoning (n=263), en el que también se investiga los efectos de estrés y trauma por medio de una encuesta psicométrica (IES-R). Dicha investigación informa que se refleja un impacto estresante leve en la población general (IES-R= $13,6 \pm 7,7$) y tan solo el 7,6% de los participantes tenía una puntuación de estrés moderado a severo (IES-R ≥ 26), lo que es consistente con los resultados de la otra encuesta. Adicionalmente, los resultados afirman que el 52,1% de los encuestados se sintió horrorizado y aprensivo debido a la pandemia.

Sobre síntomas psiquiátricos y neurológicos en pacientes con COVID-19, una investigación que hizo una revisión sistemática mostró que, durante la enfermedad aguda, los síntomas comunes entre los pacientes ingresados en el hospital por SARS o MERS incluyeron confusión, estado de ánimo deprimido, ansiedad, problemas de memoria e insomnio. La manía y la psicosis inducidas por esteroides se informaron en un 0,7%. En la etapa posterior a la enfermedad, estado de ánimo deprimido, insomnio, ansiedad, irritabilidad, deterioro de la memoria, fatiga y en un estudio se notificaron con frecuencia recuerdos traumáticos y

trastornos del sueño. Posterior a la enfermedad, la prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático fue del 32·2%, la depresión fue del 14·9% y el de los trastornos de ansiedad fue del 14·8%.

El impacto en las poblaciones locales ha sido medido por Zhang y Col en la provincia de Lioning, en China continental, mediante encuestas en redes sociales, y encontraron que si bien más de la mitad de la muestra (n= 263) se sintió estresada por la información acerca del coronavirus, este impacto fue leve para la mayoría de esta población de personas educadas en el nivel profesional, y la mayoría pudo mantener sus actividades a través de teletrabajo.

El efecto de la pandemia es mayor en los pacientes que tenían previamente psicopatología, como han mostrado Han y cols. en otro estudio en China. Las preocupaciones serias sobre su salud física, la ira y la impulsividad y la ideación suicida intensa fueron significativamente mayores en los pacientes psiquiátricos que en los controles sanos ($p < 0.05$). Más de un tercio de los pacientes psiquiátricos pueden cumplir los criterios de diagnóstico del TEPT.

Otro estudio evalúa las diferencias en el estrés y el impacto psicológico experimentado por personas diagnosticadas con y sin trastornos psicológicos. Esta investigación fue realizada en el periodo de cuarentena total y tomó en consideración a personas sin diagnóstico psiquiátrico (n= 109) y con algunos diagnósticos psiquiátricos (n= 76) como F41.8, trastorno mixto de ansiedad y depresión (59%), seguido de F41, otros trastornos de ansiedad (25%) y F32, y F33 Trastorno depresivo mayor (16%). Como era esperable, los pacientes psiquiátricos puntuaron mayor que los sujetos de control sin trastornos mentales ($p < 0.001$). Las preocupaciones serias sobre su salud física, la ira, la impulsividad y la ideación suicida intensa fueron significativamente mayores en los pacientes psiquiátricos que en los controles sanos ($p < 0.05$). Más de un tercio de los pacientes psiquiátricos pueden cumplir los criterios de diagnóstico del TEPT. Más de una cuarta parte de los pacientes psiquiátricos sufrían de insomnio moderadamente severo a severo. La limitación de esta investigación, en todo caso, es que solo se realizó en los pacientes de un hospital y podría no reflejar las tendencias observadas en toda China, como también en el hecho de que tendieron a

excluirse las patologías más graves (como también a autoexclusión de pacientes no interesados en contestar, que tendían a mostrar síntomas más agudos que los encuestados).

Otro aspecto es la personalidad de los afectados por la pandemia. Blagow y cols. (2020) estudiaron la asociación entre rasgos prosociales y antisociales en un grupo de individuos, encontrando que los con “rasgos oscuros”, también llamados “lado B” de la personalidad, cumplían menos con las normas y recomendaciones para evitar contagiarse de coronavirus. Es necesario tomar en cuenta este aspecto en el planeamiento de campañas, ya que la prevalencia de rasgos antisociales puede ser elevada en grupos socioeducacionalmente vulnerables, que están más afectados por la COVID-19.

FOCO EN EL PERSONAL DE SALUD

La pandemia afecta tanto a personal de salud que está en la primera línea de tratamiento en hospitales y centros de salud, como a los psiquiatras y psicólogos que deben apoyar a estos equipos. Este efecto se produce ya en los estudiantes de medicina, como mostraron Cao y cols. encuestando a una muestra de estudiantes de medicina. En el análisis de correlaciones realizado se apreció que los efectos económicos y en la vida cotidiana, como también la postergación de las actividades académicas estaban asociados positivamente con los síntomas de ansiedad ($P < .001$). Por otro lado, el apoyo social se correlaciona negativamente con estos niveles de ansiedad ($P < .001$).

El impacto es mayor en los trabajadores de la primera línea, como mostró una encuesta practicada en 34 hospitales de toda China por Lai, y cols. (2020). Los trabajadores de salud de primera línea involucrados en el diagnóstico directo, el tratamiento y la atención de pacientes con COVID-19 se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión (OR, 1.52; IC 95%, 1.11-2.09; $P=.01$), ansiedad (OR, 1.57; IC 95%, 1.22-2.02; $P < .001$), insomnio (OR, 2.97; IC 95%, 1.92-4.60; $P < .001$), y angustia (OR, 1.60; IC 95%, 1.25 -2.04; $P < .001$). Los profesionales de Wuhan experimentaron una mayor carga psicológica, especialmente enfermeras, mujeres y aquellos directamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento y atención a pacientes con COVID-19.

Otro aspecto relevante se relaciona con los trabajadores de la salud expuestos a lidiar con contagiados de COVID-19. Una investigación china, estratificada por regiones (n=1257), concluye que una proporción considerable de participantes informó síntomas de depresión (50,4%), ansiedad (44,6%), insomnio (34%) y angustia (71,5%). Dentro de esos resultados, las enfermeras, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea y los que trabajan en Wuhan, China, zona central en la expansión de la COVID-19, informan grados más severos de todas las mediciones de los síntomas de salud mental que otros trabajadores de la salud. Los resultados son significativamente más elevados que cualquier otro mostrado por poblaciones normales, lo que implica, como afirman los mismos Lai et al. (*Ibid.*), una preocupación central en los efectos a mediano y largo plazo en los equipos médicos involucrados. Esto es coherente con la revisión (14 estudios) que hicieran recientemente, Bohlken et al. (2020) sobre el efecto psicológico en trabajadores de la salud vinculados a pacientes con COVID-19, en la que señalan la importancia actual de la contención afectiva y el tratamiento psicológico y psiquiátrico en el corto plazo, para evitar agudización de los cuadros en el mediano y largo plazo. La revisión de Brooks et al. (2020) afirma que los trabajadores de la salud, involucrados en el manejo de los contagiados en otras pandemias de la última década, han necesitado una atención y un trabajo relevante, por los efectos que éstos llegaron a tener en términos de estrés, depresión, ansiedad y TEPT.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Diversas intervenciones se han demostrado efectivas y eficientes. Entre ellas se encuentran la relajación muscular progresiva. Liu y cols., en China, afirman que, como método auxiliar, puede reducir la ansiedad y mejorar la calidad del sueño en pacientes con COVID-19.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se puede afirmar que, de los artículos publicados hasta ahora por revistas científicas indexadas, la mayoría son cartas y comentarios (Rajkumar, 2020), y tan solo una minoría artículos científicos originales. Ello en tanto son realmente escasos los textos que suponen una investigación

que aplica métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos para falsear o confirmar hipótesis teóricas. De estos, la mayoría implicó una metodología cuantitativa, descriptiva, transversal y observacional en sus diseños. Por esta limitación, no es posible, por el momento, realizar ningún tipo de revisión sistemática, sino más bien un mero comentario descriptivo de los resultados en relación con la COVID-19.

Si bien los hallazgos de las investigaciones resultan útiles para complementarlas con investigaciones anteriores sobre pandemias y sus efectos en la salud mental, en la medida en que logran corroborar y complementar los conocimientos hasta ahora disponibles, hay que mirar con prudencia los resultados. Hasta ahora, todos los muestreos de las investigaciones son de grupos parciales, por medio de técnicas de bola de nieve o bien de muestreo de grupos específicos (una empresa puntual). Se ve que, en general, se han empleado encuestas validadas con escalas de valoración de salud mental, auto reportadas, vinculadas a estrés, depresión, ansiedad, trastornos del sueño y los efectos traumáticos en relación con la pandemia, con un énfasis en el uso de el IES-R, DASS-21, ISI. Esto implica que la dimensión cualitativa se ha dejado fuera de las investigaciones realizadas hasta ahora; del mismo modo, se evidencia que toda una serie de grupos vulnerables, sin acceso inmediato a internet y sin conocimiento de lenguas extranjeras (dado que las encuestas fueron realizadas siempre en inglés en países con otras lenguas maternas), ha quedado fuera. Por ello parecen sobre representados grupos más cultos y de estrato socioeconómico acomodado. En su mayoría, los resultados representan a la cultura e idiosincrasia de población china de clases educadas. Por eso que, siguiendo las sugerencias de otras revisiones, los investigadores debiesen intentar profundizar en el impacto a la salud mental debido a la COVID-19 en los grupos más vulnerables de la población, como tercera edad, niños y adolescentes, áreas rurales o marginales, y sobre todo los grupos pertenecientes a los estratos socioeconómicos bajos, que son los más afectados por las pandemias en nuestras modernas y desiguales sociedades. En estos lugares parece más sensato que el foco sea puesto en la atención primaria de salud, con trabajadores comunitarios que ayuden en la trazabilidad de los contactos, y en una educación sanitaria que insista en el uso de mascarillas al salir, en el lavado frecuente de manos, en la etiqueta para estornudar. Estos trabajadores debieran ser premunidos de ropas protectoras en

buena proporción, y con acceso a lugares protegidos para cuarentena cuando se infecten. Todo parece indicar que, más que confiar en las fuerzas policiales o militares para velar por la cuarentena, habría que fomentar y facilitar la solidaridad social y la confianza en la capacidad de autoorganización de las comunidades, con apoyo de las herramientas y capacidades técnicas, organizativas y profesionales del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

- Antiel, R. (2020). Oedipus and the Coronavirus Pandemic. *JAMA*, 323(22), 2231-2232. DOI:10.1001/jama.2020.8594
- Blagov, P. (2020). Adaptative and dark personality Traits in the COVID-19 pandemic: predicting health-behavior endorsement and the appeal of public-health messages. *Social Psychological and Personality Science*, 1-11. DOI: 10.1177/1948550620936439 journals.sagepub.com/home/spp
- Bohlken, J. et al. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals Ein kurzer aktueller Review. *Psychiatr. Prax*, 47(4), 190-197.
- Brooks, S. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G. et al. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*, 287, 112934. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112934.
- Casu, R. & Patel, V. The art of medicine Has COVID-19 subverted global health? *The Lancet*, 395(10238), 1669-1738.
- Ferry, L. (2009). *La sabiduría de los mitos*. Aprender a vivir 2. Madrid: Taurus.
- Foucault, M. (2003). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Galea, S., Merchant, R. & Lurie, N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med*, 180(6), 817-818. DOI:10.1001/jamainternmed.2020.1562
- Gao J, Zheng P, Jia Y et al. (2020) Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4), e0231924. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Harvey, D. (2014). *Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo*. Quito: IAEN.
- Lai, J., Ma S., Wang, Y. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3, e203976.

- Liu, K., Chen, Y., Wu, D., Lin, R., Wang, Z. & Pan, L. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101-132.
- Loewe, Daniel (2020) *Ética y coronavirus*. Santiago, Chile: FCE
- Rajkumar, R. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066.
- Rogers, J. et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627.
- Roy, D. et al. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102083.
- Schmitt, C. (1932). *El concepto de lo político*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schmitt, C. (1982). *Teoría de la constitución*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sófocles. (2008). *Edipo rey* (A. Alamillo, trad.). Gredos.
- Tan, W. et al. (2020). Is Returning to Work during the COVID-19 Pandemic Stressful? A Study on Immediate Mental Health Status and Psychoneuroimmunity Prevention Measures of Chinese Workforce. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 84-92.
- Von Weyhern, CH., Kaufmann, I., Neff, F., Kremer, M. (2020). Early evidence of pronounced brain involvement in fatal COVID-19 outcomes. *The Lancet*, 395(10241). DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31282-4
- Zhang, Y. & Feei, Z. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(7), 2381. DOI: 10.3390/ijerph17072381

Ramón Florenzano Urzúa. Médico psiquiatra, magister en Salud Pública, Universidad Carolina del Norte, y magister en Filosofía Universidad de los Andes. Profesor Titular de Psiquiatría en las universidades de Chile y de los Andes, Profesor Investigador en la Universidad del Desarrollo. Maestro de la Psiquiatría Chilena de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, Miembro Honorario de la Academia Chilena de Medicina.

Manuel Ugalde Duarte. Psicólogo clínico y psicoanalista. Magister en Pensamiento Contemporáneo. Docente Universitario. Coordinador de la Unidad de Filosofía y Humanidades de la Psiquiatría, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Director de la Fundación Ciudad Literaria.

LAS EPIDEMIAS EN LA HISTORIA DE CHILE. UNA REVISIÓN HISTORIOGRÁFICA

LEONARDO MAZZEI DE GRAZIA¹

RESUMEN

Como su título lo indica, este artículo se ocupa de la historia de las epidemias en Chile, desde la época de la conquista española, que provocó la catástrofe demográfica de la población indígena, hasta llegar al siglo XX. Con este propósito se han seleccionado estudios significativos para cada época, considerando descripciones de las epidemias; formas de contagio, enlazadas con las lamentables condiciones higiénicas predominantes; síntomas de las “pestes”; relación entre epidemias, religiosidad y cultura popular; obstáculos que impedían un mayor desarrollo de la medicina; el lento avance científico; el número de contagiados; la diferenciación social de las “pestes” y la participación del Estado en la salud de la población.

Palabras clave: epidemias, catástrofe demográfica, viruela, cólera, influenza “española”.

¹ Miembro de Número de la Academia Chilena de la Historia.

INTRODUCCIÓN

El ritmo de la vida en las sociedades preindustriales era pausado, no existían grandes apuros y no se experimentaban grandes cambios. La población en su mayor parte era rural y la vida cotidiana, fraguada en la agricultura, penetraba en los incipientes núcleos urbanos. La vida material era muy precaria, con viviendas paupérrimas en que se hacinaban los pobres en los suburbios, nula o muy escasa innovación en las faenas productivas, falta de higiene generalizada, carencia de caminos que dificultaba las comunicaciones. Todo ello repercutía en altísimos niveles de mortalidad, por lo que la convivencia con la muerte era cotidiana. Ese contacto cercano se intensificaba durante las epidemias que, dadas las deficientes condiciones ambientales existentes, se propagaban con mucha facilidad. Tal fue el caso de la Peste Negra de 1348, considerada la epidemia más mortífera en la historia de la humanidad, que provocó la muerte de millones de personas. Las estimaciones cuantitativas y porcentajes son muy variables. Un cálculo moderado cifra los muertos en 25 millones, equivalentes a un cuarto de la población europea de entonces (Ledermann, 2003, pp.13-17). La peste se originó en China e hizo un largo recorrido por Europa, propagándose por las costas mediterráneas de Italia, España y Francia, subiendo hacia Alemania, Inglaterra, los países escandinavos y los colindantes con el Mar Báltico. Es decir, recorrió prácticamente toda Europa. Las epidemias no llegaron hasta las costas ignotas de América, por su lejanía y aislamiento, pero con el proceso de la conquista española se desencadenaron estrepitosamente sobre la población aborigen americana.

LA CATÁSTROFE DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA²

El efecto más dramático de la conquista española fue la abrupta disminución de la población indígena. El primer impugnador del sistema de conquista fue el sacerdote dominico fray Bartolomé de las Casas, conocido como el gran defensor de los indígenas. Según él, la ocupación española de las islas antillanas, donde primero se asentó la dominación, provocó el derrumbe de la población indígena hasta casi su extinción.

² En este acápite presento mi estudio que, bajo el mismo título, está indicado en la bibliografía.

Cronistas e historiadores posteriores estimaron exagerada la acusación de De las Casas, quien “habría partido de evaluaciones sobredimensionadas y sin fundamento acerca del volumen de las poblaciones nativas antes de la llegada de los europeos y, por consiguiente, sus evaluaciones de la pérdida poblacional adolecerían de exceso” (Mazzei, 1992, p. 75). Uno de los principales críticos del dominico fue el hispanista venezolano Angel Rosenblatt, quien estimó que el continente americano a la llegada de los españoles tendría unos 13,3 millones de habitantes y que en los mediados del siglo XVII representarían unos 10 millones (Rosenblat, 1954m tomo I). Ello significaría un porcentaje de disminución del orden de un 25% en un siglo y medio, lo que representa un margen significativo. En los años 60 y 70 del siglo pasado, investigaciones más profundas, con una mayor disponibilidad y variedad de fuentes de información, elevaron enormemente el monto de la población aborígen anterior a la conquista española, así como también las cifras de su descenso, acercándose más a las cifras propuestas por De Las Casas que las que manejaron sus detractores.

En este sentido, los estudios más acuciosos son los que efectuaron los investigadores de la Escuela de Berkeley, California, Wodrow Borah y Sherburne Cook. Ellos estudiaron la población de un área específica — México Central— determinando el número de habitantes que había en esa área al momento de la Conquista y su evolución negativa posterior (Borah y Cook, 1971). Estos investigadores recurrieron a una variedad de fuentes, entre ellas, recuentos de indígenas hechos en diferentes periodos, padrones de tributarios (indios entre 18 y 50 años), estudios de suelos, restos arqueológicos y osteológicos, etc. Como resultado de sus investigaciones concluyeron que en México Central se habría llegado a un máximo posible de población, es decir, que ésta no podía seguir aumentando y que la hacía extraordinariamente vulnerable a factores externos de disminución. El factor externo de disminución fue la conquista española, que aceleró y profundizó el decrecimiento, provocando la catástrofe demográfica. Ese máximo posible lo estiman en unos 25 millones de habitantes que habría en México Central al momento de la llegada de Cortés y su hueste. El decrecimiento posterior significó que esa población quedara reducida a un millón de indígenas en los comienzos del siglo XVII. De acuerdo con estas cifras, el pavoroso porcentaje de disminución llegaría a un 95%. Con ello, la conquista española ha-

bría significado el mayor desastre demográfico de la historia, superior incluso a la Peste Negra de mediados del siglo XIV.

En Chile se carece de estudios específicos sobre la evolución cuantitativa de la población indígena durante la Conquista. Se encuentran algunas referencias en obras que tangencialmente tocan el problema de la despoblación. Es el caso del estudio de Rolando Mellafe sobre la esclavitud negra en el país, en el que el autor establece cifras comparativas de los distintos segmentos étnicos. Según Mellafe, la población indígena en 1540 (año de inicio de la Conquista) llegaba aproximadamente a un millón de habitantes, mientras que en 1620 alcanzaría solo a 480 mil, es decir un decrecimiento de más de un 50% en menos de un siglo (Mellafe, 1959, p. 226). Sin embargo, el testimonio de los cronistas contemporáneos al proceso muestra que la disminución fue mucho más drástica. El cronista Mariño de Lobera, por ejemplo, relata que en una visita hecha a las encomiendas de las ciudades del sur (Concepción y La Imperial), en 1570, se hallaron unos 4.400 indios tributarios, en tanto que cuando entraron los españoles había más de 500 mil; y agrega el cronista: “Y asimismo se habían hallado más de 200 mil en los términos de Valdivia y los numerados en esta visita fueron poco más de 12 mil; y el día de hoy hay hartos menos: Tanta es la disminución que ha venido por estos desventurados indios por espacio de treinta años” (Mariño de Lobera, p. 33).

¿Qué causó esta contracción demográfica tan dramática? Confluyeron varios factores. En los momentos del encuentro, incidieron las guerras, las subtracciones de alimentos hechas por los conquistadores, los enganches forzosos para utilizarlos como auxiliares en las expediciones de conquista. También pesó la inserción de los indígenas en una economía de producción, especialmente en las faenas mineras, que consumieron mucha mano de obra indígena. A ellos se agregó el llamado “desgano vital”, consistente en una actitud negativa frente a la vida que se suscitó en muchas poblaciones indígenas, afectando a la natalidad y a la mortalidad. Manifestaciones de ello fueron el menor número de hijos que tuvieron muchas mujeres, madres que se negaban a amamantar a sus hijos, abortos, suicidios colectivos. Incluso en documentos oficiales se da cuenta de estas manifestaciones: “muchos se ahorcan y otros se dejan morir sin comer y otros que toman yerbas venenosas y que hay

madres que matan a sus hijos en pariéndolos, diciendo que lo hacen para librarlos de los trabajos que ellas padecen”³.

Con todo, como lo expreso en otro trabajo,

las diversas interpretaciones sobre los factores de la despoblación coinciden en subrayar la mayor importancia relativa que tuvieron en este proceso las epidemias o “pestes” que, junto con la cultura occidental, la evangelización y las aspiraciones de ascenso social y de enriquecimiento, cabalgaban en las expediciones de conquista. La viruela, el sarampión, las fiebres derivadas del tifus o de la influenza, la gripe, entre otras, diezmaron a las poblaciones indígenas de América más que a las de otros continentes hasta donde llegó la expansión europea. Y es que el mayor aislamiento de nuestros aborígenes, con respecto al mundo europeo, no les había permitido desarrollar defensas inmunológicas para contrarrestar el devastamiento de las pestes. (Mazzei, 1992, p. 79)

De acuerdo con Pedro Morandé, “es un hecho histórico indesmentible que la mayor declinación de la población indígena se produjo por el contagio de enfermedades”⁴. El mayor efecto de las pestes se vio favorecido por los otros factores concomitantes. De ahí que en la explicación de las causas del derrumbe demográfico se haga referencia al complejo trabajo-dieta-epidemias: excesivas exigencias de trabajo, por una parte; por otra, la reducción de la dieta alimenticia, provocada por el arrasamiento de los sembradíos indígenas, entre otras acciones; como consecuencia, las epidemias encontraron en los debilitados cuerpos indígenas un camino expedito para su propagación.

Una de las primeras epidemias en aparecer en el Nuevo Mundo fue la viruela que, de la isla Española (hoy Santo Domingo) pasó al continente, a México, en 1520, con Hernán Cortés y su hueste. La resistencia inicial encabezada por Cuauhtémoc, el sucesor del emperador Moctezuma, fue rápidamente abatida, no tanto por la superioridad técnico-militar de los conquistadores o por las disensiones internas de los indígenas, sino más bien por la acción destructora de los virus portadores de la epidemia. De México pasó a la América Central y de allí al Perú, precediendo en más de cinco años a la llegada de los españoles. La propagación de la epidemia fue más rápida que la propia Conquista.

³ Real Cédula de 1582, dirigida al arzobispo de Lima, citada por Wachtel, 1976, 147.

⁴ Pedro Morandé, “El significado del V Centenario”, en *El Mercurio*, Santiago, 12 de abril de 1992, cuerpo E, p. 19.

Los aztecas denominaron “matlazahuatl” a una fiebre muy alta, identificada posteriormente con el tifus o la influenza. Se presentó por 1545 con efectos devastadores y con gran velocidad: solo un año después de que apareciera en México había alcanzado a Nueva Granada (actual Colombia) y al Perú. Wachtel cita el testimonio del cronista Cieza de León, quien describió “los síntomas de modo curioso: la enfermedad provocaba en primer lugar dolores de cabeza y fuerte fiebre, luego el dolor se desplazaba hacia la oreja izquierda, y la víctima moría después de dos o tres días” (Wachtel, 1976, p. 148).

En Chile una fiebre también muy alta fue identificada con el tifus o con la influenza. Los españoles la conocían con el nombre de “tabardillo”, mientras que los mapuche la llamaron “chavalongo”, nombre con el que aparece frecuentemente en las crónicas. Ella se presentó entre 1554 y 1557, cuando el toqui Lautaro lideraba una ofensiva que puso a los mapuche a las puertas de Santiago, el centro del dominio hispano. Pero lo que no pudieron las armas españolas, esto es detener el avance indígena, sí lo pudo hacer el piojo que venía en las cabelleras de los soldados hispanos y que era el agente vector del chavalongo. Pocos años después, por 1560, apareció la viruela con su carga mortífera (Reccius, 1967, pp. 53-55 y 65). Dos epidemias tan seguidas iniciaron la abrupta caída demográfica de la población aborígen chilena.

En comparación con otros lugares a los que llegó la conquista hispana, pareciera que las epidemias tardaron en presentarse en Chile. Más de diez años transcurrieron desde el inicio de la Conquista (1540) hasta que se produjo la primera epidemia de chavalongo. Sin embargo, esta apreciación es relativa, porque la ocupación hispana de los territorios en torno al Biobío y al sur de este río, donde surgieron las primeras pestes, se verificó solo a partir de 1550. Por lo que el lapso entre Conquista y aparición de las epidemias resulta mucho más breve. En todo caso, una vez desencadenadas las pestes, hicieron su efecto destructivo, como en todos los escenarios de la conquista hispana. Paralelamente se iniciaba un proceso de mestizaje, que constituiría el elemento humano fundamental de la actual población de nuestros países latinoamericanos.

LAS EPIDEMIAS EN LA COLONIA⁵

Eduardo Cavieres presenta un estudio de caso: la epidemia de viruelas de 1779-1780, retrotrayendo y proyectando su análisis a otras epidemias que irrumpieron en ese mismo siglo. Por ejemplo, la epidemia de viruelas de 1765, que causó la muerte de la tercera parte de los infectados, y muchos de los que salvaron con vida quedaron ciegos o con el rostro deformado. Respecto de la epidemia de 1779-80, el autor expresa que se trataba de una fiebre pútrida, que mataba a muchas personas en apenas tres días. El agua para beber, que se obtenía de las acequias, constituía la fuente más frecuente para el contagio, mientras que las diarreas y los vómitos eran los síntomas evidentes de haber contraído el mal.

Una de las fuentes principales en que el autor apoya su análisis son los registros parroquiales. De ellos, los libros de defunciones, a pesar de las omisiones, le ayudan a establecer la cronología de la peste: aparece en los mediados de 1779, tiene su máxima intensidad en los meses de verano (enero a marzo) de 1780, para desaparecer en los mediados de este último año. Es decir, la vigencia de la epidemia es de todo un año. Los registros parroquiales no solo permiten al autor establecer la cronología de la enfermedad, sino también recabar informaciones que ayudan a conocer algunas de las características de los difuntos: si era español⁶ o de otra pertenencia, el estado civil con especificación del nombre del o de la cónyuge, y los que murieron sin haber recibido el respectivo sacramento. Asimismo, con base en los registros parroquiales, el autor constata que el incremento de las defunciones, propio de un lapso epidémico, traía aparejado una disminución de los matrimonios y, por ende, de la natalidad. Con lo cual las epidemias constituían un freno para el crecimiento vegetativo, en una época, el siglo de la Ilustración o de las Luces, en que se estimaba que una población numerosa era sinónimo de riqueza para los países.

Más allá de los datos y cifras concernientes a las epidemias, abundan los testimonios que muestran fehacientemente el drama y el desgano provocados por las pestes. Tal es el caso, por ejemplo, de un bando que

⁵ En este acápite reviso el estudio de Eduardo Cavieres Figueroa, 1990, indicado en la bibliografía.

⁶ El concepto de “español” se aplicaba no solo a los nacidos en España, sino también a los criollos, diferenciándolos de los mestizos, indios y población de color (mulatos y negros).

ordenaba recoger a todas las criaturas “que quedaron huérfanas y des-carriadas con la muerte de sus padres, y se les mandase para ponerlas con personas que las mantuviesen y doctrinasen” (Cavieres, 1990, p. 96).

Un problema de particular importancia, que impedía lograr mejores resultados en la lucha contra las epidemias y contra las enfermedades en general, era el estado de la medicina en el país. El número de médicos era escaso y la medicina carecía de prestigio social. Ilustrativo es el caso de la Universidad de San Felipe que, aunque fue autorizada para ser fundada en 1738, su primer curso de medicina se abrió solo en 1769, más de treinta años después. Comenta Cavieres que la situación médica de Santiago no mejoraba y en provincias era aún peor.

... a lo largo de las décadas, las referencias contemporáneas sobre el particular coincidieron en afirmar que casi todos los médicos carecían de base sólida que le permitieran ejercer su profesión con un mínimo de seguridad en sus diagnósticos y tratamientos. Además, el grueso del personal médico hospitalario se componía de religiosos mientras que el servicio de salud informal de la ciudad agrupaba a barberos, curanderos, hechiceros, etc. (Cavieres, 1990, p. 99)

Por deficitaria que haya sido su formación profesional, el ejercicio médico estaba reglamentado e imponía obligaciones. Los médicos debían visitar a sus pacientes dos veces al día, en la mañana y en la tarde; estas visitas no tenían costo alguno, como tampoco las recetas que les prescribían a los pacientes indigentes. Es decir, existía una condescendencia social hacia los más pobres, que conformaban la mayor parte de la población.

El principal remedio era aplacar la ira de Dios frente a los pecados mundanos, a cuyo efecto se recurría a la intercesión de la Virgen Santísima “... para que como Patrona de esta ciudad vuelva a ella sus piadosos ojos y nos alcance de su preciado Hijo (...) una total extirpación de las enfermedades que nos afligen” (*Id.*, p. 101). La epidemia de 1779-80 reflejaba los valores culturales que predominaban en la sociedad colonial, en los que se recurría a los actos religiosos —que incluían las oraciones públicas y privadas, las novenas y las procesiones— como los medios más eficaces para atraer la voluntad divina. Asimismo, se recurría a las creencias populares, que encontraban remedio en “ciertos sahumeros o humazos dispuestos de bostas de ganados mayores y menores...” (*Id.*, p. 105).

Sin embargo, se abrían algunos espacios por donde escurrían aires de modernización. Por ejemplo, en los mediados del siglo XVIII se ordenó a los médicos que practicaran las primeras autopsias, en la búsqueda de informaciones para entender las causas de las enfermedades y epidemias. En España la vacunación contra la viruela había comenzado en 1728, mientras que en Chile transcurrió todo el siglo antes de que se empezara a aplicar; lo que solo ocurrió en 1805 y no fue ampliamente aceptada. Incluso en el propio cabildo de Santiago hubo resistencias, expresándose que muchos de los vacunados fallecían; “hasta llegar varios de los dichos inoculados a término de perder el brazo donde se les introdujo el pus” (*Id.*, p. 107).

El autor concluye destacando el sentido de solidaridad que provocaban las epidemias, la pobreza de la vida material que era campo propicio para la propagación de las pestes y el muy escaso nivel de los servicios médicos. Junto con ello, pone de relieve la vigencia de los valores tradicionales y de las manifestaciones religiosas, pero también valora los esfuerzos de las autoridades y de los propios médicos (no obstante sus limitaciones) para abordar el problema de las epidemias de manera más científica y más acorde con las necesidades reales de la sociedad colonial.

ENFERMEDADES Y EPIDEMIAS “REPUBLICANAS”⁷

Rafael Sagredo se ocupa de las enfermedades y epidemias durante el siglo XIX; razón por la que las denomino “republicanas”. La sociedad chilena en esa centuria seguía siendo una sociedad tradicional, de ritmo lento, por lo que los cambios no fueron muy substanciales en relación con el siglo anterior. Se experimentaba sí algún progreso en materia de salud; por ejemplo, ya no se presentaban ciertas enfermedades epidémicas, como el escorbuto y las fiebres palúdicas.

Sagredo cita un indicador que pareciera mostrar un descenso de la mortalidad; tal es la proporción de fallecidos respecto del total de habitantes que, para Chile, hacia 1861, sería de un fallecido por cada 39 habitantes, proporción inferior a la de Rusia que era de un fallecido

⁷ En este acápite reviso el estudio de Rafael Sagredo Baeza indicado en la bibliografía.

cada 33 individuos; y la proporción para la propia España sería de un fallecido cada 34 personas. Sin embargo, otras proporciones e indicadores muestran altísimos niveles de mortalidad. Así, por ejemplo, en la relación mortalidad/natalidad, por cada un fallecido había dos nacimientos, lo que implicaba un fuerte freno para el crecimiento vegetativo de la población. Obstáculo que se veía acrecentado por la mortalidad de menores: hacia 1868, el 58 % de los muertos correspondía a niños entre cero y siete años. Aún más, la esperanza de vida al nacer era de treinta años, nivel que se mantuvo durante la primera mitad del siglo XX. En estos guarismos tenían una incidencia decisiva las enfermedades y epidemias.

Durante el siglo XIX siguieron prevaleciendo las recomendaciones y paliativos domésticos, como era “sorber orines propios calientes en ayunas”, para calmar los dolores de muelas, o bien “los orines de burro tres veces al día” para el mal olfato, o “azótate la espalda, pantorrillas, brazos y frente con ortiga” para el chavalongo⁸. Como destaca el autor, “Chile se encontraba todavía en una dolorosa situación sanitaria que lo había transformado en un vasto hospital” (Sagredo, 2006, p. 18). Allí concurrían viruelas, sarampión, sífilis, chavalongo, disentería y otros males.

La ignorancia, los malos hábitos de higiene y el modo de vivir medio salvaje de la mayor parte de la población, se ofrecen como explicación para esta dramática realidad. Pero también que los pobres viven, en palabras del doctor Adolfo Murillo, en ‘habitaciones sucias, inmundas, mal ventiladas y donde se respira, no el aire que vivifica y estimula, sino el aire que mata y asfixia’. (*Id.*, p. 20)

La enfermedad que causaba una mayor mortalidad era la tuberculosis pulmonar o tisis, que entre 1859 y 1883 había ocasionado la muerte de 41.035 personas, de un total de 160.038 casos registrados en los hospitales; los fallecidos representaban pues una cuarta parte de los enfermos. Los afectados eran los habitantes pertenecientes a los sectores populares, extendiéndose excepcionalmente a la clase media en formación y al sector acomodado. Para ellos tener un tuberculoso o tísico en la

⁸ El autor toma estos ejemplos de la *Cartilla de campo y otras curiosidades, dirigidas a la enseñanza y buen éxito de un hijo*, publicada en 1817 por Pedro Fernández Niño, agricultor de la zona central.

familia era motivo de vergüenza social, por lo que se trataba de ocultar al enfermo. Una segunda causa de muerte era la fiebre tifoidea, que solía aparecer durante los meses de verano, al tiempo de las cosechas. La sífilis, que no fue traída por los conquistadores, se hallaba extendida prácticamente por todo el país.

Además de los males que por sí mismo provocaba, el mal venéreo o mal francés⁹ era considerado una grave amenaza para la sociedad, por la predisposición que los individuos infectados con el veneno específico mostraban a contraer otras afecciones más temibles y a menudo mortales. La tuberculosis, por ejemplo, encontraba en los sifilíticos la más fácil y segura conquista. (*Id.*, p. 25)

Entre las epidemias o pestes que causaban mayor daño, destacaban la viruela y el cólera. La viruela fue una de las plagas más antiguas, remontándose al tiempo de la Conquista, como lo señalamos en el acápite referido a la catástrofe demográfica de la población indígena. Era calificada como una “asquerosa enfermedad” por la erupción en la piel de pústulas infecciosas, por lo que los infectados presentaban un aspecto repugnante.

Su característica de fiebre eruptiva —expresa Sagredo—, de naturaleza pútrida y pestilente, sin duda despertaba un gran rechazo hacia los pacientes, lo que sumado al temor a la contaminación entre los sujetos saludables, los transformaba en parias, completamente abandonados en sus habitaciones privadas o aislados en los lazaretos. (*Id.*, p. 27)

El autor destaca que se presentaba con una “desesperante” regularidad, cada tres o cinco años reaparecía sembrando estragos, a pesar de que desde 1808 (1805 según Cavieres) se había empezado a aplicar la vacuna. No obstante, ello no redundó en un rápido decrecimiento de esta epidemia, porque los pobres, aquellos que más lo necesitaban, eran los que más resistían a la vacunación, porque tenían más confianza en los remedios domésticos que en los progresos de la ciencia médica. La ignorancia contribuía a que la mortalidad provocada por la viruela se mantuviera en niveles muy elevados. Los muertos por la viruela entre 1885 y 1886 sumaban 10.442 personas, lo que representaba, aproximadamente, un 0,5% de la población nacional.

⁹ La sífilis era conocida en Europa antes de la conquista de América; en Francia solía llamarse “mal napolitano” y en Italia “mal gálico”.

Precisamente en ese último año, 1886, llegaba la epidemia de cólera, que multiplicaba la devastación infecciosa. En tales circunstancias, sobrevivir era casi un milagro.

LA IRRUPCIÓN DEL CÓLERA¹⁰

En los mediados del siglo XIX, don Andrés Bello, el intelectual más relevante de ese siglo, opinaba que

el cólera no es probable que se presente en Chile, atravesando mares inmensos, ni que aparezca en el interior, antes de haber visitado los puertos. Si este azote ha de recorrer la tierra, sería Chile, según el orden natural, uno de los últimos países que lo sufran. Nuestro comercio es limitado, nuestra población escasa y esparcida, y si aparece en un punto, hay aquí más facilidad para aislar al mal y atajar sus progresos, que en la mayor parte de las otras estaciones del globo. (Laval, 2003b)

Durante algunas décadas pareció que la aseveración del ilustre caraqueño era acertada, pero lamentablemente el tiempo no le dio la razón, ya que el cólera irrumpió en el mes de diciembre de 1886, procedente de Argentina. Se situó inicialmente en el poblado de Santa María, en la región de Aconcagua, en San Felipe, Quillota y La Calera. Un informe municipal, relativo a la villa de Santa María, destacaba que en esa localidad en un solo día habían ocurrido catorce defunciones. “Ninguna de las personas atacadas ha durado más de diez horas, habiendo en los casos de hoy uno que ha durado solo tres” (Madrid, 2017, p. 137). Se establecieron cordones sanitarios y otras medidas en torno a estas localidades, pero ellas no impidieron que, en enero del año siguiente, alcanzara a Valparaíso y a Santiago y en marzo hasta Concepción¹¹. A fines de 1887 la epidemia se había propagado desde Freirina por el norte hasta Valdivia por el sur. Sin embargo, el recorrido de la epidemia no fue uniforme. Siguiendo el número de coléricos registrados en los hospitales de Santiago, se advierte que declinó en los comienzos del otoño hasta desaparecer durante el invierno. Volvió a aparecer en la primavera, registrándose en el mes de octubre el ingreso de 93 infec-

¹⁰ En este apartado reviso los estudios de Álvaro Góngora, 1993-1994, Josefina Carrera, 1990, Enrique Laval, 2003b y Carlos Madrid, 2017, indicados en la bibliografía, y el ya citado estudio de Rafael Sagredo.

¹¹ Para las medidas adoptadas para atajar la epidemia, véase Góngora, 1993-1994, p. 112.

tados; en noviembre aumentó considerablemente, con 573 coléricos ingresados; en diciembre subió aún más, a 674; en enero de 1888 a 535; en febrero a 330; en marzo a 85 y a solo 3 en el mes de abril (Góngora, 1993-1994, p. 114 y Laval, 2003b).

Como sabemos —explica Josefina Carrera—, el cólera es un vibrión, esto es un tipo de bacteria que se transmite por el agua contaminada. Epidemiológicamente esta es la característica fundamental que determina la peligrosidad de esta enfermedad, ya que no solo involucra beber agua sino también los alimentos que hayan sido regados con ella pueden transmitir la bacteria. (Carrera, 2007, p. 16)

Por su parte, Laval especifica que el “uso inmoderado de la fruta y de las legumbres, con especialidad el de la sandía, el del tomate y el del maíz, era en la generalidad de los casos, la causa determinante de la enfermedad” (Laval, 2003b). A esas causas Góngora agrega las corrientes de personas, los desplazamientos humanos portadores del flagelo (Góngora, 1993-1994, p. 120). Los síntomas eran muy variados: malestar general, vómitos, vértigos, dolores en los miembros y la diarrea que, si se presentaba casi líquida, era la más evidente de sus manifestaciones. En el 90% de los casos el cólera se iniciaba con una crisis diarreica. Avanzando la enfermedad se iban produciendo otros deterioros:

La descomposición de su semblante —relata Sagredo—, el apagamiento de su voz, calambres dolorosos, enflaquecimiento rápido y, finalmente la coloración azul de su piel, serían el anuncio de su inevitable muerte. En estos casos, la enfermedad se llevaba al infectado en 48 horas aproximadamente. (Sagredo, 2006, p. 27)

Laval distingue tres periodos en la evolución del cólera: un primer periodo de diarrea premonitoria, un segundo de cólera declarado y un tercer período álgido y asfíxico. Se llegaba al tercero cuando la diarrea y los vómitos no desaparecían. Entonces el enfermo se enfriaba y sufría manifestaciones como las ya señaladas, a las que se agregaban otras, entre ellas, las contracciones musculares, los ojos desenchajados y la nariz afilada. Los remedios que se aplicaban consistían en 500 gramos de agua de canela, 10 gramos de licor de Hoffman, 5 gramos de tintura de almizcle y 10 gramos de jarabe de menta. El doctor Adolfo Murillo, destacado médico nacional, recomendaba que apenas apareciera la diarrea se diera al contagiado “una infusión caliente de té, adicionado con aguardiente o ron y se le administrara una pequeña lavativa con

diez gotas de láudano de Sydenham (opio) para un adulto” (Madrid, 2017, p. 128). Una forma popular para combatir el cólera consistía en ingerir bosta de caballo para provocar el vómito (Madrid, 2017, p. 145). Con tales remedios era muy poco lo que se podía confiar en su eficacia, por lo que solo cabía esperar que la reacción de los propios cuerpos permitiera superar al flagelo y seguir con vida. La mayor parte de los remedios, no propiamente medicamentos, muestran el estado de atraso en que se encontraba la medicina, en la que no había mucha diferencia respecto de los siglos anteriores.

Como ocurría con casi todas las epidemias, la del cólera tuvo un carácter socialmente discriminatorio, en el sentido de que los pobres eran los más afectados¹². Incluso la distribución urbana por sectores sociales determinaba que ciertas comodidades de la clase alta repercutieran negativamente sobre los pobres de la ciudad. Ilustrativo es a este respecto un informe citado por Sagredo, en el que se expresaba que “todas las inmundicias de los barrios altos fluyen hacia las partes bajas de la ciudad y en ellas se acumulan y ofrecen condiciones favorables para la vegetación de los microbios” (Sagredo, 2006, p. 29). Más enfático es el comentario de Madrid, quien sostiene que la epidemia mostraba el lado poco equitativo de Chile,

...donde el peón se moría de hambre por los cordones sanitarios, pero no podía salir debido al cólera, el final era el mismo: muerte. Mientras en el otro lado por parte de la elite, algunos de ellos se dirigían a sus casas de campo o balnearios para huir a su manera, del mortal cólera. (Madrid, 2017, p. 130)

En la década de 1880 surgió en Chile la llamada “cuestión social”, referida a las deficientes condiciones de vida de los pobres de la ciudad, hacinados en los cuartos redondos y conventillos en los que imperaba la promiscuidad, la miseria, el hambre, la falta de servicios básicos, la carencia de higiene. Todo ello conformaba el escenario propicio para la difusión del cólera, como también, por cierto, de las otras pestes. Por otra parte, el presidente José Manuel Balmaceda (1886-1891) tenía el propósito de impulsar un papel más activo del Estado, especialmente

¹² Diferiría de esta tendencia la epidemia de influenza de 1891, en la que, de acuerdo con un testimonio, las personas más afectadas fueron las de “las clases más acomodadas”. Véase López y Beltrán, 2013, p. 3. Volveré más adelante sobre este asunto.

del Poder Ejecutivo, en materias sociales y económicas. En este contexto, correspondió a Balmaceda enfrentar la epidemia del cólera y su reacción fue inmediata. Apenas tuvo conocimiento de que el cólera ya había llegado a Mendoza, decretó el cierre de la cordillera que, si bien no detuvo al flagelo, debió por lo menos haber contribuido a aminorarlo. Acota Josefina Carrera: “si bien sabemos que dicho cierre fue burlado, es importante considerar la rapidez de la medida” (Carrera, 2007, p. 17). Entre las medidas adoptadas por el gobierno se incluía el establecimiento de tres lazaretos en Santiago para atender a los coléricos; cada uno de ellos sería atendido por dos médicos y por cuatro estudiantes de medicina. Debe mencionarse además el mejoramiento del aseo de la ciudad.

Sin embargo, el esfuerzo del gobierno para combatir la epidemia recibió la crítica de la oposición, expresada por ejemplo en el influyente periódico *El Ferrocarril*, que cuestionaba medidas tales como la autorización al presidente de la República para cerrar las comunicaciones y aislar a las provincias que estuvieran afectadas, porque ellas servirían para aumentar el autoritarismo presidencial. En el mismo sentido son ilustrativas las expresiones del diputado Enrique Tocornal:

las facultades que se trata de conceder al Presidente de la República, para declarar de utilidad pública lo que le dé la gana, haciéndolo señor de la vida y haciendas, es destruir la base misma de la libertad que consiste en la inviolabilidad particular. (Madrid, 2017, p. 133)

No obstante la crítica, Balmaceda pudo concretar algunas iniciativas tendientes a mejorar la salud pública. Entre ellas, la fundación de instituciones, algunas existentes hasta nuestros días, para hacer más expedita la labor del Estado en materia de salud. Así, en enero de 1887 se creó una Junta General de Salubridad¹³, como organismo asesor del gobierno en asuntos de salud pública, que, en colaboración con la Junta de Beneficencia, debía ayudar a los más necesitados; asimismo, la Junta debía efectuar visitas de inspección a los posibles focos de infección y también recomendar el establecimiento de cordones sanitarios. Res-

¹³ Por su parte, Laval sostiene que el organismo, creado en enero de 1887, fue un comité integrado por diversas autoridades, entre ellas el intendente de Santiago y el arzobispo de la arquidiócesis, para asesorar al gobierno en el combate contra la epidemia. Es posible que hayan sido dos organismos diferentes.

pecto de los cordones sanitarios se presentaba una disyuntiva, puesto que, si bien ayudaban a combatir el flagelo, podían dificultar el abastecimiento de la ciudad, llegando a provocar el hambre. La Junta no se circunscribió solo a Santiago, sino que se establecieron, también, juntas departamentales. En el caso del plano de Valparaíso, la jurisdicción de la Junta Departamental comprendía cinco estaciones sanitarias, sujetas a la vigilancia de un comité de tres vecinos. Para Madrid, la conformación de este comité mostraba la voluntad de hacer partícipes a los vecinos de las determinaciones que se fueran acordando. Sin embargo, en el caso del puerto, el problema mayor para enfrentar la epidemia se presentaba en los cerros, donde se hacía muy difícil derivar el agua potable (Madrid, 2017, pp. 124 y 134). Otro organismo fundado durante el mandato de Balmaceda fue el Consejo Superior de Higiene Pública, establecido en enero de 1889, de cuyo seno surgió el Instituto de Higiene que, con el tiempo, se transformó en el Instituto Bacteriológico, hoy Instituto de Salud Pública, que tenía, entre sus funciones, las de practicar controles de calidad a los productos farmacéuticos e introducir la vacuna contra determinadas afecciones.

Una interesante acción para combatir el cólera fue la publicación de manuales para evitar el contagio, o bien para impedir su desarrollo cuando no se le había podido detener. El primero de estos manuales fue elaborado por el médico Federico Puga Borne y apareció en 1886 bajo el título *Cómo se evita el cólera* (1886). La primera medida era cerrar todos los pasos cordilleranos y todos los puertos y someter a cuarentena a los buques procedentes de países infectados. Enseguida, Puga Borne distinguía entre medidas de higiene pública y medidas de higiene privada. Entre las primeras aparecía aislar a las personas y a las localidades en que apareciera el flagelo; conservar en perfecto aseo los lugares públicos; someter a visitas sanitarias periódicas a los establecimientos industriales insalubres (jabonerías, curtidurías, caballerizas); trasladar los cadáveres de los coléricos lo más pronto posible a una *casa mortuoria*; disponer la cremación de los cadáveres; emplear agua limpia en el riego de las calles, y prohibir las grandes reuniones de personas, como las que se verificaban en calles, teatros e iglesias. En las medidas de higiene privada sostenía que el aseo de las personas tenía una importancia capital, sobre todo en lo que se refería al *aseo de las manos*; recomendaba no beber agua antes de 24 horas de su ebullición, y cuidarse de las moscas.

Estas eran algunas de las recomendaciones, dentro de un cúmulo mucho mayor. Para el caso de Valparaíso, por ejemplo, se agregaban otras medidas y recomendaciones, que deben haber sido similares a las de otras ciudades del país; entre ellas, la prohibición de vender alimentos en las calles; evitar las aglomeraciones en los hipódromos, en el caso de los hombres, y en los lavaderos comunes en el de las mujeres; arrojar cloruro de cal en los receptáculos de agua sucia; evitar los enfriamientos del cuerpo, y lavar las ropas con sulfato de cobre (Madrid, 2017, pp. 120-127). Otra fuente de información es la prensa popular. Josefina Carrera constata que dicha prensa “habla de las medidas de prevención, en un lenguaje simple e incluso jocoso. Se busca ilustrar al pueblo y alentarlos a no caer en pánico, defendiéndose de la epidemia” (Carrera, 2007, p. 24). El pueblo, a juicio de esta autora, temía al lazareto, como también a toda la medicina oficial. Aún tenía más confianza y empatía con la medicina popular, que seguía vigente a través de sus demiurgos: los curanderos, los hechiceros y los santiguadores, entre ellos (Carrera, 2007, p. 25).

Para Rafael Sagredo, la epidemia del cólera fue importante, “tanto por su gravedad como por los efectos que tuvo en orden a alentar la participación del Estado en el cuidado de la salud de la población (Sagredo, 2006, p. 27). El mismo autor, en relación con la dimensión cuantitativa de la epidemia de cólera, basándose en las estadísticas del Registro Civil, estima que ella causó la muerte de 28.432 personas entre 1886 y 1888. “Si se considera que en 1885 el país tenía 2.527.320 habitantes, resulta que el cólera se llevó al 1,1 % de la población. En la actualidad, ese porcentaje corresponde a 168.747 personas” (Sagredo, 2006, p. 29). Por su parte, Álvaro Góngora concluye que la epidemia

tuvo un gran impacto, alterando profundamente el ritmo de vida cotidiana de la ciudad de Santiago y del país en general. Las características del flagelo, su morbilidad, su ataque cruel y fulminante, el drama que en pocas horas dejaba a su paso, crearon un clima psicológico de terror. Por otra parte, la calidad de vida de la mayoría de la población afectada, sumado a la escasez de infraestructura hospitalaria e higiénica y a la inexperiencia inicial del cuerpo médico y servicios asistenciales, multiplicaron y agravaron los efectos. (Góngora, 1993-1994, p. 134)

LA INFLUENZA “ESPAÑOLA” DE 1918¹⁴

Próxima a finalizar la Primera Guerra Mundial, Europa fue asolada por una nueva epidemia de influenza. Mientras España había permanecido neutral, en los países beligerantes los asuntos de la guerra acaparaban la atención, dejando poco espacio para otros problemas. Por ello, las primeras informaciones sobre la epidemia fueron proporcionadas por la prensa española. De ahí su nombre, aunque para algunos autores ha sido mal llamada “influenza española”, atendiendo a que no se originó en ese país, sino en Estados Unidos, específicamente en el estado de Kansas. Desde Estados Unidos, unos dos millones de soldados cruzaron el Atlántico durante el conflicto bélico portando el virus; ellos fueron instalados en espacios reducidos (cuarteles y trincheras) y faltos de higiene, por lo que el contagio se vio enormemente facilitado. Las estimaciones del número de muertes causadas por la epidemia, entre 1918 y 1920, oscilan entre 45 a 100 millones, guarismos muy superiores a los muertos en la guerra que llegaron a unos 20 millones.

A Chile llegó en los meses de abril y mayo de 1918, pero al principio no causó mayor preocupación al cuerpo médico, que había logrado experiencia en las afecciones pulmonares y respiratorias. Pero en los días y meses siguientes sí tendrían que asombrarse por el alto número de pacientes que colapsaban los hospitales y que seguían aumentando día a día. Muchos de ellos fallecían, sin que se pudiera precisar las causas de su deceso. “La alarma y la desorientación hicieron presa del cuerpo médico” (López y Beltrán, 2013, p. 1). En la capital los principales focos infecciosos fueron los lugares en que había aglomeración de personas, sobresaliendo en este lúgubre aspecto la Vega Central y la Cárcel Pública. Al cabo de unos pocos meses la epidemia se había extendido por gran parte del país. López y Beltrán, sobre la base de informaciones del *Anuario Estadístico de la República de Chile*, cifran el número de muertos en 40.113 personas. Con ese guarismo, la influenza española de 1918 ha sido la más cuantiosa en víctimas en la historia de las epidemias en el país.

¹⁴ En este acápite reviso los estudios de Enrique Laval, 2003a, y de Marcelo López y Miriam Beltrán, 2013, indicados en la bibliografía.

Los autores citados retrotraen su indagación a la presencia de la influenza en Chile en 1891, en la que se constató que los niños y ancianos eran más susceptibles a la enfermedad, que las mujeres morían en mayor proporción que los hombres, que las personas que sufrían una enfermedad anterior, como tuberculosis, bronquitis crónica o afecciones cardíacas, alcanzaban una mayor mortalidad, y que las “clases más acomodadas” habían sido las más afectadas por la influenza. A propósito de esta última constatación, los autores citados sostienen que ello corroboraría el carácter universal de la influenza, a diferencia de las “enfermedades sociales”, como la viruela, el tifus, el cólera, la tuberculosis, la sífilis y otras, que se ensañaban en contra de los pobres de la ciudad (López y Beltrán, 2013, p. 3). El hecho de que los pudientes hubieran sido más afectados que los sectores populares sería una particular excepción de la influenza de 1891, que no se verificó en la de 1918, en la que, en palabras de Laval, “la epidemia no prendía en los individuos de las clases pudientes” (Laval, 2003a, p. 2).

Los historiadores coinciden en afirmar —comentan López y Beltrán—, que a nivel global la gran pandemia de 1918 o popularmente conocida como influenza “española”, ha sido una de las más relevantes en la historia de la medicina moderna. Su importancia no solamente radica en las impactantes cifras de mortalidad y morbilidad que quedaron registradas en todos los continentes, sino que además en la enorme incertidumbre que generó en la comunidad médica científica que hacia el 1900 se había legitimado como uno de los motores de progreso social, gracias en parte a sus avances en la lucha contra epidemias históricas como la viruela, por ejemplo. (López y Beltrán, 2013, p. 2)

La misma incertidumbre causada por la influenza “española” motivó la realización de debates en torno a la salud y a la higiene pública y a aspectos etiológicos. Se discutió, por ejemplo, la responsabilidad que competía al Estado en tratar el problema epidémico, en circunstancias que se advertía una inacción gubernativa en este aspecto. Si bien desde los tiempos del presidente Balmaceda se había avanzado en materia de higiene pública, persistían las lastimosas condiciones higiénicas que propiciaban el avance de la epidemia, sobre todo en los sectores más vulnerables: los pobres de la ciudad. “... la gripe resultó ser el panorama habitual de las calles de Santiago y de las principales regiones del país. La prensa de modo constante y en especial el diario *La Nación*, describió a lo largo de sus páginas cómo la Policía de Aseo y Ornato recorrió

cada barrio capitalino inspeccionando y, eventualmente, clausurando conventillos, ferias y todos los lugares en que se detectara algún atisbo de la enfermedad” (López y Beltrán, 2013, p. 8). Una estrategia a la que recurrió el gobierno de Juan Luis Sanfuentes (1915-1920), apoyado por cierta prensa, específicamente el diario *El Mercurio*, fue disminuir la magnitud de la epidemia, en otras palabras, bajarle el perfil, con argumentos que no concordaban con la realidad: que la epidemia estaba controlada, que afectaba solo a los sectores más precarios y, por último, que sus efectos no eran tan graves (López y Beltrán, 2013, p. 9).

La Sociedad Médica de Chile y la Facultad de Medicina propiciaron un interesante debate en torno a la diferenciación entre influenza “española” y el tífus exantemático. Una de las opiniones más versadas correspondió al profesor Mauricio Brockmann, a quien parecía extraño que se confundieran estas patologías.

Sus cuadros clínicos son tan distintos —expresaba—, que la mayoría de los tratados de patología apenas si mencionan a la ligera la posibilidad de confusión. Su aspecto anátomo-patológico de una septicemia grave, con falta absoluta de lesiones catarrales de las vías respiratorias, hace pensar que se trata de una epidemia de tífus exantemático.

Continúa Brockmann:

si a algunos colegas les extraña que haya “epidemias paralelas”, solo hay que leer las revistas europeas desde el comienzo de la guerra y cerciorarse que en la mayoría de los países europeos no solo hay dos epidemias, sino que varias más: el tífus abdominal y el exantemático, el cólera y la disentería. Se concluyó que el tífus exantemático no era una enfermedad nueva, sino que había existido desde siempre en el país y que, por tanto, en 1918 habían concurrido dos epidemias. De ahí el título del artículo de Laval: “Chile 1918: Las dos epidemias”. (Laval, 2003a, pp. 1-4)

López y Beltrán destacan que, no obstante la insuficiencia de las medidas dispuestas para combatir la epidemia, se fue gestando una valorización de la educación higiénica, a la que contribuyeron los medios de comunicación mediante la formación de una opinión pública, en torno a problemas como la inoperancia estatal y la difusión de normas sanitarias. Asimismo, se valoró la importancia de consolidar un aparato médico preventivo. Las recomendaciones prácticas también contribuyeron a valorizar la educación higiénica: restricción del saludo de mano, la conversación a distancia muy corta, la conveniencia de no besarse, la

distribución de jabones y escupitines en los establecimientos escolares. Algunas de las recomendaciones están vigentes en la actual epidemia COVID-19, que nos aflige en estos días.

LA EPIDEMIA DE INFLUENZA ASIÁTICA DE 1957¹⁵

La influenza visitó nuevamente a Chile en el año 1957, causando la muerte de más de 20 mil personas. La trajo un barco procedente de Estados Unidos, país donde había llegado desde China. Penetró por el puerto de Valparaíso y antes de transcurridos dos días había alcanzado a Santiago. Característica del flagelo fue, pues, su gran velocidad. Como en las epidemias pasadas, las deficiencias en las condiciones de higiene y de alimentación de las familias obreras contribuyeron a su rápida circulación. Es cierto que, en materia de higiene, desde la década de los 80 del siglo XIX se notaba una preocupación creciente por la salud e higiene pública y privada, pero mayores eran las necesidades de los servicios que se requerían, dado el incremento de la población urbana, provocado por la migración campo-ciudad¹⁶. En cuanto a la alimentación de la familia obrera, “incluía papa, mote, vino y muy poca carne, huevos, pescado o leche”¹⁷, que eran indispensables en una adecuada dieta alimenticia.

Ante el nuevo brote epidémico, el Servicio Nacional de Salud creó un Comité Nacional de Influenza, integrado por virólogos, bacteriólogos y otros profesionales de la salud, con el propósito de “dictar las normas tendientes a atenuar el efecto de la enfermedad y para estudiar los diversos aspectos de este brote”. Tres de sus miembros, los doctores Conrado Ristori, Horacio Boccardo y José Manuel Borgoño, hicieron un estudio pormenorizado de la incidencia de la influenza en la mortalidad del país. La fuente de la indagación fueron los certificados de

¹⁵ En este acápite reviso el estudio de Conrado Ristori, Horacio Boccardo y José Manuel Borgoño indicado en la bibliografía.

¹⁶ En el censo de 1960 la población urbana sumó 5.028.060 habitantes, con un porcentaje de 68,2%, en tanto que la población rural fue de 2.346.055 habitantes, con un porcentaje de 31,8%. Mientras que cuarenta años antes, en el censo de 1920, la población rural representaba un 53,4% y la urbana un 46,6%.

¹⁷ Véase “Cuando la influenza devastó a Chile: la olvidada pandemia que azotó al país en 1957”. Recuperado de: <https://www.latercera.com/culto/2020/04/07/cuando-la-influenza-devastó-a-chile-la-olvidada-pandemia-que-azotó-al-país-en-1957/>

defunción del Registro Civil. Sus informaciones les permitieron tabular diversas variables y establecer comparaciones con los años colindantes, principalmente con el año que precedió al de la epidemia. De acuerdo con los datos obtenidos, durante 1957, se registraron en el país 91.073 defunciones (con una tasa de 13,7 por mil), en tanto que en 1956 las defunciones habían sumado 83.744 (con una tasa de 12,8 por mil) y en 1958 se registraron 88.611 defunciones (con una tasa de 13,2 por mil). Hubo, pues, un claro incremento de la mortalidad entre 1956 y 1957, que en números absolutos significó 7.329 defunciones más. Este aumento se verificó, sobre todo, en los meses de agosto y septiembre (un 85% de los casos), lo que evidencia la incidencia de la influenza en la mortalidad. Después, en 1958, la mortalidad volvió a descender a un nivel estimado normal, aunque con un registro superior al de 1956.

La epidemia no afectó por igual a todas las provincias del país. En las del norte y centro, con excepción de Santiago, la mortalidad se mantuvo o descendió levemente. En cambio, en Santiago y en las provincias del sur (principalmente en Concepción, Valdivia y Osorno) se verificaron importantes aumentos en la mortalidad. Otros indicadores se refieren a la mortalidad por sexo, en la que no hubo diferencia, y a la mortalidad por grupos de edad, constatándose que en todos los grupos hubo un aumento, sobre todo en los dos extremos de la vida: en los menores de un año y en los de 55 y más. Así, en la mortalidad infantil, en 1956 se produjeron 27.500 muertes de menores de un año, y en 1957 subieron a 30.008, lo que implicó, en términos relativos, un alza de 9,1%. En los de 50 y más años, en 1956 hubo 19.950 defunciones, subiendo a 22.316 en 1957, en porcentaje 11,9%. La información es tabulada por meses, por lo que se puede constatar la mayor incidencia de estos indicadores de la mortalidad durante los meses que se hizo sentir con más fuerza el efecto de la influenza.

En la mortalidad debida a la influenza, resulta evidente que el mayor impacto debió producirse en los principales centros urbanos. Efectivamente, en Santiago se registraron 918 defunciones por influenza, mientras que en el año anterior a la epidemia los muertos por esta causa sumaron solo 51. En el caso de Valparaíso, las defunciones por influenza en 1956 alcanzaron a 107 y en 1957 a 227. En Concepción, los respectivos valores fueron 53 y 372, respectivamente.

De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, los autores consideran cuatro tipos de influenza:

- Influenza con neumonía.
- Influenza con otras complicaciones respiratorias.
- Influenza con síntomas digestivos, sin compromiso respiratorio.
- Influenza con manifestaciones nerviosas, sin síntomas respiratorios ni digestivos.

El aumento de la mortalidad por influenza se verificó, fundamentalmente, en las dos primeras categorías.

En el estudio se considera también la relación de la influenza con otras patologías. En el caso de la tuberculosis, que venía descendiendo desde la década de 1940, como lo atestiguan las correspondientes tasas de mortalidad: en 1948 fue de 250 por 100 mil habitantes, mientras que diez años más tarde, en 1958, se redujo a 56 por 100 mil habitantes. Sin embargo, en el mes de agosto de 1957 el número de muertos por tuberculosis excedió en 190 casos a los de igual mes del año precedente, incremento que los autores estiman moderado, pero que en todo caso pudo incidir en el efecto de la influenza. En el caso de la mortalidad por cáncer, la respectiva tasa había aumentado durante la década de 1950, incremento que se verificó en todos los meses del año. Pero fue mayor en el mes de agosto de 1957, en el que el número de muertos por cáncer excedió en 94 muertes respecto de igual mes del año anterior. “Este hecho —comentan los autores— podría estar relacionado con la gravedad de las complicaciones de la influenza en los enfermos de cáncer, fenómeno observado también en otros países” (Ristori *et al.*, 1960, p. 143). Consideran también la mortalidad por senilidad y por enfermedades mal definidas. En ambos grupos se produjo un aumento significativo. Las muertes por senilidad pasaron de 1.834 registradas en 1956 a 2.138 fallecimientos en 1957, con un aumento en números absolutos de 304 y en términos relativos de un 16,6%. En tanto que las muertes por enfermedades mal definidas subieron de 1.653 a 2.182, con un exceso de 529 casos, equivalentes a un 32,0%. En este último caso hubo un problema de calidad de la información, puesto que no todas las certificaciones fueron refrendadas por médicos. “Es probable —señalan

los autores— que, con una mayor proporción de certificación médica, este fenómeno no hubiese ocurrido” (Ristori *et al.*, 1960, p. 146).

En síntesis, la conclusión general del estudio expresa que

si bien es cierto que pandemias de la magnitud de la aquí mencionada solo se observan dos o tres veces por siglo, y que ésta fue bastante menos grave que la de los años 1918 a 1920, no lo es menos que el número de muertes que causan obligan a estar alerta contra futuros efectos, [agregándose la conveniencia de prevenir] las complicaciones pulmonares mediante el empleo de antibióticos de reconocida eficacia contra los estafilococos, entre los miembros de ciertos grupos seleccionados y en especial entre persona mayores de 55 años, o que padezcan de enfermedades crónicas. (Ristori *et al.*, 1960, p. 146)

CONCLUSIONES

La conquista española alteró profundamente las condiciones de vida de las sociedades indígenas americanas, causando la estrepitosa disminución de su población. Existen diversas interpretaciones acerca del monto de esta población a la llegada de los conquistadores y, consiguientemente, sobre las cifras que involucró la disminución. Se ha sostenido que ella tuvo efectos más mortíferos que la Peste Negra que asoló a Europa en los mediados del siglo XIV; incluso hay quienes sostienen que ha sido el peor desastre demográfico de la historia. Cualesquiera sean los guarismos que se acepten, todas las estimaciones coinciden en reconocer que fueron las epidemias, portadas por los conquistadores, el principal factor que incidió en la catástrofe demográfica de la población indígena.

En el transcurso del siglo XVI al XVII la sociedad colonial chilena se fue complejizando. La disminución de la población originaria fue paliada por el mestizaje, que alcanzó considerables proporciones, aunque no llegó a equipararla. A ellos se agregaban los esclavos negros y los mestizos de color. Todas estas categorías, incluido el segmento indígena sobreviviente, conformaron los “sectores populares” o “bajo pueblo”, sobre quienes recayó el mayor peso de las epidemias.

Asombra la agresividad y virulencia de las enfermedades y las “pestes” que afectaban a la población, más específicamente a los pobres de las ciudades y, en menor medida, a los de los campos. Pero causa todavía

más asombro que, dadas las deficientes condiciones de higiene y de salud, no hayan tenido un efecto aún más mortífero. Miseria, promiscuidad, habitaciones nauseabundas carentes de ventilación, eran el triste escenario que facilitaba la propagación de las “pestes”. Los hospitales y lazaretos no ofrecían mejores condiciones que las viviendas populares. Sobrevivir, entonces, llegaba a ser un milagro; en palabras de Sagredo: “Chile era un vasto hospital”, o bien, como reza el título de su artículo: vivir para padecer.

Para enfrentar las enfermedades y epidemias concurrían dos alternativas en contrapunto: por una parte, el avance de la medicina científica y, por otra, la que emanaba de la sabiduría popular. El progreso médico fue lento, obstaculizado precisamente por el peso de las costumbres y creencias tradicionales, que restaban credibilidad al desarrollo del conocimiento científico, parangonando la función del médico con otros oficios (barberos, curanderos, hechiceros, entre otros). Por mucho tiempo los pobres tuvieron más confianza en la medicina popular que en la medicina oficial de los hospitales y lazaretos, que le infundían temor y distanciamiento. Hasta la vacunación era resistida.

Característica de las epidemias fue su gran velocidad. Aparecían en un punto y rápidamente se extendían hacia otros lugares o hacia el centro del país. En el caso de la influenza asiática de 1957, por ejemplo, tardó solo dos días en llegar a Santiago procedente de Valparaíso. La frecuencia con que ocurrían es otro rasgo distintivo. En ocasiones no alcanzaba a terminar una “peste” y aparecía otra. Así ocurrió con la epidemia de cólera de 1886-1888, que fue precedida por la de la viruela de 1885-1886. En otras oportunidades coincidían simultáneamente, como sucedió con la influenza española y la del tifus exantemático en la pandemia de 1918.

A pesar de todas las dificultades e impedimentos que se cernían en contra de la medicina científica, esta fue avanzando y desplazando cada vez más a las prácticas tradicionales. Las epidemias contribuyeron a crear una conciencia social acerca de la necesidad de establecer medidas para prevenir los contagios y para atenuar su efecto. En este sentido, es necesario destacar la creciente participación del Estado en materia de salud pública.

No obstante el tiempo transcurrido, resulta notable la persistencia de conceptos, medidas y recomendaciones vigentes en la pandemia de nuestros días: cordones sanitarios, cuarentenas, colapso hospitalario, el aseo de las manos, prohibición de las aglomeraciones de personas y de la conversación a distancia muy corta, además de la restricción del saludo de mano.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrera C., J. (2007). El cólera en Chile (1886-1888). Conflicto político y reacción popular. *Anuario chileno de historia de la medicina*, 17, 15-29.
- Cavieres Figueroa, E. (1990). Epidemias, medicina y sociedad colonial. La plaga de 1779-1780 en Chile. *Cuadernos de Historia*, (10), U. de Chile, 87-108.
- Cook, S. F. & Borah, W. (1971). *Essays in population history: Mexico and Caribbean*, vol. I. Berkeley, California.
- Góngora Escobedo, A. (1993-1994). La epidemia de cólera en Santiago. 1886-1888. Metropolitana de Ciencias de la Educación, *Dimensión Histórica de Chile*, (10), 108-124.
- Laval R., E. (2003a). Chile 1918: Las dos epidemias. *Revista Chilena de Infectología*, Edición de Aniversario, 20, 1-4.
- Laval R., E. (2003b). El cólera en Chile (1886-1888). *Revista Chilena de Infectología*, Edición de Aniversario, 20, 86-88.
- Ledermann D., W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena de Infectología*, Edición de Aniversario, 20, 3-17.
- López, M. y Beltrán M. (2013). Chile entre epidemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Revista Chilena de Infectología*, 30, 1-12.
- Madrid, C. (2017). Epidemia de cólera en Valparaíso: 1886-1888. *Autoctonía. Revista de Ciencias Sociales e Historia*, 1, 115-148.
- Mariño de Lobera, P. (1865). Crónica del reino de Chile, en *Colección de Historiadores de Chile y documentos relativos a la historia nacional*, tomo VI. Santiago de Chile: Imprenta del Ferrocarril.
- Mazzei de Grazia, L. (1992). La catástrofe demográfica de la población indígena, en A. Pacheco Silva (edit.), *El Descubrimiento, una reflexión histórica* (pp. 75-82). Concepción: Ediciones de la Universidad de Concepción.

- Mellafe, R. (1959). *La introducción de la esclavitud negra en Chile. Tráfico y rutas*. 1ª Edición. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Puga Borne, F. (1886). *Cómo evitar el cólera. Estudio de higiene popular*. Santiago de Chile: Imprenta Nacional.
- Ristori, C, Boccardo, H. y Borgoño, J. M. (1960). La epidemia de influenza asiática en Chile y su repercusión en la mortalidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 49(2), 132-146.
- Rosenblat, Á. (1954). *La población indígena y el mestizaje en América*, vol. I. Buenos Aires: Editorial Nova.
- Sagredo Baeza, R. Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías, en R. Sagredo y C. Gazmuri (directores), *Historia de la vida privada en Chile* (pp. 11-57), vol. 2. Santiago de Chile: Taurus.
- Wachtel, N. (1976). *Los vencidos. Los indios del Perú frente a la conquista española (1530-1570)*. Madrid: Alianza Editorial.

Leonardo Mazzei de Grazia. Doctor en Historia por la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1979. Estudios de posgrado en el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), San José de Costa Rica, 1972, y en la Universidad de Pisa, 1979-1980. Académico del Departamento de Historia y Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción, entre 1967 y 2008. Director de este Departamento entre 2001 y 2007. Premio Municipal de Historia y Ciencias Sociales, Ilustre Municipalidad de Concepción, 2001. Autor de más de setenta publicaciones, principalmente acerca de la historia regional de Concepción, entre ellas, *Historia Económica Regional de Concepción*, 2015. Miembro de Número de la Academia Chilena de la Historia, 2009. Director del *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, 2017 al presente.

ÉTICA Y PANDEMIA

AGUSTÍN SQUELLA¹

RESUMEN

La ética ha sido siempre un capítulo de la filosofía y ha adquirido una especial relevancia a partir del siglo XX. Otros capítulos tradicionales de la filosofía, como la ontología, se han visto debilitados, y la teoría del conocimiento ha cedido su lugar a las neurociencias —en particular, a las ciencias cognitivas—. Esto último no es raro, puesto que la filosofía, también desde sus inicios hasta ahora, ha ido arrojando fuera de sí materias de las que se ocupaba y que van a caer en campo de la ciencia. La filosofía se encoge progresivamente, aunque sin desaparecer del todo, puesto que siempre quedarán en pie preguntas filosóficas que las ciencias no podrán ni querrán tampoco responder. Auge de la ética, entonces, pero también de la metaética, puesto que, si la primera se pregunta por el bien, la segunda inquiera acerca de qué queremos decir con la palabra “bien” e incluso con la misma palabra “ética”.

El auge de la ética ha sido también el de las éticas regionales, sectoriales, aplicadas a determinados ámbitos de trabajo, de profesiones, de oficios, y también de situaciones. Por eso, desde antiguo, existe una ética médica, y unas cada vez más estudiadas éticas periodística, judicial, forense, empresarial, política, etc.

Este ensayo se introduce en algunas “aplicaciones de la ética” en tiempos de pandemia, tales como su relación con la política, la democracia, los derechos humanos y la justicia social. Reflexiona también acerca de la sociedad pospandemia y respecto de lo que podemos legítimamente aspirar en términos de justicia, libertad y orden, enmarcados en valores de fraternidad y solidaridad.

Palabras clave: ética, moral, ética aplicada, democracia, derechos humanos, crisis económica, libertad, igualdad, pandemia, fraternidad, solidaridad.

¹ Doctor en Derecho. Profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad de Valparaíso. Miembro de Número de la Academia de Ciencias Sociales, Políticas y Morales del Instituto de Chile. Premio Nacional de Humanidades y Ciencias Sociales (2009).

ACERCA DE LA ÉTICA

Nadie pone en duda que “ética” es una palabra importante y que, por tanto, debemos tomarla en serio. Pero, para todas las palabras, en especial aquellas que consideramos importantes, no hay un solo uso de ellas, y siempre es necesario aclarar en cuál o cuáles se las emplea en un contexto determinado cualquiera.

Lo que sabemos bien es que la ética ha sido, desde los inicios de esa antigua actividad, uno de los capítulos más relevantes de la filosofía y una de las materias preferentes de ocupación por parte de los filósofos. Una visión más o menos tradicional de la filosofía suele ver en esta un modo de saber que se pregunta por el ser (ontología), por el conocer (teoría del conocimiento) y por el actuar correcto (ética), aunque lo cierto es que los dos primeros de esos capítulos se han debilitado en el curso del último tiempo, quedando en manos de saberes científicos antes que filosóficos, no así tratándose de la ética, que goza de espléndida salud y de un muy buen pronóstico, tanto presente como futuro, especialmente en la modalidad de éticas aplicadas que explicaremos luego. La teoría del conocimiento no solo se ha visto debilitada como capítulo de la filosofía, sino que ha sido sustituida por las neurociencias, en particular las ciencias cognitivas, como una manifestación más de lo que pasa con la filosofía desde sus inicios: progresivamente va expulsando fuera de sí temas o materias de las que se ocupaba, las cuales van a parar al campo de la ciencia. Puesto de otra manera, la canasta de las preguntas filosóficas se ha ido vaciando en favor de la de las preguntas empíricas o de la de las preguntas formales, aunque no por ello acabará vaciándose por completo. Siempre habrá preguntas filosóficas que la ciencia no puede y tampoco quiere responder; así, por ejemplo, ¿cuál es el sentido de la vida humana sobre la tierra? O, ¿debemos comportarnos fraternalmente los unos con los otros?

El origen de esas actividades encuentra en el asombro, esa agitación afectiva que nos produce el hecho de comprobar que hay el ser y no la nada, que podemos conocer la realidad dentro de ciertos límites y que tiene sentido preguntarnos acerca del bien y del mal que podemos causar o causarnos con nuestros comportamientos. El inicio de la filosofía, en cambio, remite a un lugar y momento dados —la antigua cultura helenística de ese tiempo anterior a nuestra era—, mientras que

el origen se encuentra en esa disposición del espíritu a hacer preguntas, a entrar y salir continuamente de dudas, a admitir que las ciencias y otros saberes, por mucho que progresen, no tendrán nunca todas las respuestas que buscamos como especie y como individuos. Es probable que la filosofía se quede al fin con las preguntas que no tienen respuestas y que ella nos ayude a inquirir por qué nos hacemos ese tipo de preguntas, preguntas inconducentes que, como tales, no nos llevan a ninguna parte, y cuyo único propósito se encontraría en el proceso de formularlas. No se trata de exagerar, pero las certezas se parecerían más a la enfermedad y las dudas a la salud.

¿Qué es el ser?, pregunta la ontología. ¿Cómo y con qué límites podemos conocer?, preguntaba la teoría del conocimiento. ¿Qué es el bien y cómo podemos realizarlo?, pregunta por su parte la ética, mientras que la metaética pregunta qué queremos decir con la palabra “bien”, o, más modestamente, ¿cuáles son los distintos usos que damos a ese y otros términos claves de la ética? En este último sentido, cabe destacar que, a inicios del siglo XX, la filosofía tuvo un giro hacia el lenguaje y la clarificación de este, en el entendido de que algunos de los así llamados “problemas filosóficos” no eran más que nudos que los propios filósofos habían hecho a partir de un uso abusivo o negligente del lenguaje, de manera que el papel de la filosofía ahora consistiría en desatar esos nudos, y no con el fin de resolver los “problemas”, sino de disolverlos, mostrando que eran más aparentes que reales.

En un sentido muy amplio, la ética nos remite a la cuestión de los comportamientos humanos, cualquiera que ellos sean, y con independencia de que los calificuemos de “correctos” e “incorrectos”. Desde este punto de vista, “ética” es, simplemente, lo que concierne al comportamiento humano. En otro sentido, también amplio, aunque menos que el anterior, la ética nos remite a los comportamientos que podemos considerar correctos desde la perspectiva de cualquiera de los distintos órdenes de la conducta humana. El Derecho es uno de tales órdenes, las normas de trato social otro, y la moral un tercero. Una norma del Derecho prescribe el pago de un impuesto, una de trato social manda saludar a nuestros vecinos cuando los encontramos en la calle, una moral ir en ayuda de una persona próxima que está en algún estado de necesidad. Pues bien, cualquiera de esas conductas, desde esta perspectiva amplia de la palabra, sería una conducta “ética”, esto

es, un comportamiento tal y como debe ser de acuerdo con cualquiera de los órdenes u ordenamientos antes señalados.

ÉTICA Y MORAL

Pero la moral, según la veo, es un orden diferenciado de otros, claramente de las meras normas de cortesía, y también, desde luego, de las del Derecho, de manera que, en este sentido más restringido de la palabra, una conducta sería ética cuando se encuentra conforme con el orden normativo de la moral, aunque este, a su vez, no es un sector indiferenciado, puesto que así como hay la moral personal, o sea, la que cada individuo adopta a partir de su autonomía, con el fin de llevar una vida buena y alcanzar la perfección moral, o al menos una buena imagen moral de sí mismo, hay también una moral social, esto es, la que prevalece en un momento y lugar determinados. Hay también una moral de los sistemas religiosos, que se deriva de estos, como es bien patente en el caso del cristianismo y de lo que se llama “moral cristiana”, una moral que es posible abrazar con independencia de la dimensión trascendente de esa religión y de la divinidad que se atribuye de su fundador.

Así de complicadas son las cosas, ya en el mismo momento en que empezamos a trabajar con la palabra “ética”. No faltan tampoco quienes diferencian “ética” de “moral” para referirse con la primera de esas palabras al bien que debemos a los demás y, con la segunda, al bien que nos debemos a nosotros mismos. Otros, en cambio, llaman “moral” a los órdenes normativos, tanto personal como social o religioso que acabamos de mencionar, y “ética” al estudio, descripción y crítica de ellos. Habría entonces la moral vivida (practicada individual o colectivamente) y la moral pensada (ética).

También es discutible que la ética, y también la moral, si aceptamos la distinción precedente, sea solo una cuestión de reglas y de principios. Tendemos a pensar que, para actuar correctamente, debemos hacerlo en el marco de un conjunto de normas que hemos establecido previamente, o que otros establecieron para nosotros y que, de esa manera, una buena conducta es aquella que se sujeta a la norma que la regula. Pero la experiencia moral de cada individuo, además de

mostrar la importancia que para la deliberación ética y moral tienen las circunstancias de cada caso particular que debemos afrontar en alguno de esos dos planos, demuestra que la ponderación de los probables efectos o consecuencias de nuestras conductas también influyen, y poderosamente, en nuestras deliberaciones y en los cursos de acción que tomamos. ¿Cuál es la regla o el principio que debo seguir?, podemos preguntarnos; pero también, ¿cuáles son las circunstancias del caso o situación determinada que me encuentro examinando desde un punto de vista ético o moral? Y, sobre todo, ¿cuáles serían las buenas o malas consecuencias que podrían seguir de adoptar uno u otro de los cursos de acción que se me ofrecen en presencia de un dilema ético o moral determinado? No es extraño que se tenga una idea del “bien” y que, al hacer una opción moral en un caso determinado, optemos por lo que es “bueno” en ese caso concreto.

Es frecuente que, desde otra perspectiva, se hable de “moral” para referirse a la dimensión normativa de esta, ya sea en relación con el mismo sujeto o en relación con la que este tiene con los demás, y que se use la palabra “ética” para referirse al estudio y descripción de la moral, sea esta personal o social, reservando “metaética” para el análisis de los conceptos que se emplean en la ética.

VALORES Y VIRTUDES

¿Tiene que ver la ética con valores o con virtudes? Creemos comúnmente que ella depende de los valores que declaramos, en circunstancias de que el talante moral de una persona no depende de los valores que reconoce, sino de las virtudes que practica. Las virtudes, a diferencia de los valores, no son meras adscripciones: son hábitos de bien que, como tales, se adquieren por repetición de actos buenos. Nadie es justo o valiente porque en una u otra ocasión llevó a cabo un acto de justicia o de valentía, sino porque tiene y pone en práctica, habitualmente, una disposición a ejecutar ese tipo de actos. Las virtudes son como cimas que es preciso alcanzar y no dones que vengan determinados por nuestro código genético, o que nos transmitan nuestros progenitores y maestros. Si el temperamento moral de los individuos dependiera solo de los valores que tiene, o que dice tener, ser un sujeto moralmente irreprochable resultaría tan fácil como presentarse en una notaría y

hacer una declaración jurada de tales valores. En consecuencia, habría que reivindicar el papel de las virtudes, de las virtudes morales, puesto que el término “virtud” ha caído en un cierto desuso, a raíz de que se lo suele emparentar con la vida y los sentimientos religiosos de las personas. De este modo, una buena educación moral debería ser una formación en las virtudes, mostrándolas a niños y jóvenes, nombrándolas, explicándolas y viéndolas en acción, ya sea valiéndose de historias reales o ficticias. Una buena formación en las virtudes y, asimismo, en la práctica de la deliberación y de la argumentación moral, otra vez recurriendo a situaciones reales o imaginarias, con el fin de mostrar que el razonamiento moral no se reduce a subsumir cursos de acción posibles en una o más normas o principios que se refieran a ellos, y que, además, esa deliberación pasa no solo por la introspección o el auto examen, sino también por la conversación con los demás, con otros que nos conozcan y que puedan ayudarnos en tal deliberación. Deliberación junto a otros, aunque en pie de igualdad, y no porque reconozcamos en otro algo así como un tutor en materias morales.

NEUROCIENCIAS Y NEUROÉTICA

Por lo demás, las neurociencias están haciendo avances importantes en la identificación de los referentes neuronales de nuestras deliberaciones y acciones morales. Se habla ya de “neuroética” desde hace tiempo, y eso tanto para referirse a lo que acabamos de señalar como a los límites éticos en la investigación en neurociencias y en el empleo de las neurotecnologías. Está próximo a ser desplegado un completo mapa del cerebro humano y de la red en que ese órgano se encuentra con el resto de nuestro cuerpo, incluidas los millones de bacterias que lo habitan. Por su parte, la inteligencia artificial podría ayudar también a algo tan sorprendente como esto: la especie humana, producto de un proceso de evolución exitoso, podría estar a las puertas de ponerse al mando de su futura evolución. Pero, a la vez, y como para volvernos a nuestro lugar, un pequeñísimo virus, que apenas alcanza a ser propiamente un ser vivo, causa estragos graves y prolongados en nuestra especie y a escala de todo el planeta.

Estamos, pues, en un laberinto de palabras y de significados, y en lo que queda de este texto vamos a emplear indistintamente ambos térmi-

nos —“ética” y “moral”— para referirnos al orden normativo que regula el comportamiento humano con vistas a hacer el bien y evitar el mal.

ÉTICAS APLICADAS

En tal sentido, la pregunta de la ética es “qué es el bien y qué debe hacerse para realizarlo”, y existen no pocos filósofos que trabajan en esa dirección general, aunque otros, y esto último crecientemente, lo hacen por referencia a zonas acotadas de la actividad humana y que, por tanto, inquietan acerca de la naturaleza del bien —y qué debe hacerse para realizarlo— en el caso de la vida, la biología, la medicina, la judicatura, la abogacía, el periodismo, la economía, la empresa, la política, el deporte, o cualquier otro ámbito de las profesiones, oficios, actividades u ocupaciones. Es de esta manera que se constituyen lo que puede llamarse “éticas sectoriales”, o “éticas regionales”, aunque la denominación que se ha impuesto es la de “éticas aplicadas”.

Asistimos hoy a un realce de las éticas aplicadas, porque los distintos colectivos que participan de aquellas actividades —biólogos, médicos, jueces, abogados, periodistas, economistas, empresarios, políticos y deportistas— aspiran a conocer y aplicar no solo las pautas técnicas de sus respectivas ocupaciones, sino también a hacer lo propio con las normas jurídicas que las regulan y, asimismo, con determinados criterios éticos que han convenido para sus respectivos sectores, llegando incluso, en el caso de esos criterios, a constituir, formalmente, grupos o comités a cargo del control de los mismos y de los juicios de reproche que se deban dirigir a quienes se apartan de ellos.

Un médico, por ejemplo, quiere ser, ante todo, un buen médico y conseguir la mayor eficiencia y los mejores resultados en las atenciones de salud que se le requieren, pero está igualmente atento a cumplir con el estatuto jurídico de su profesión, como lo está, en fin, a ajustar sus procedimientos y actuaciones a las pautas éticas de su trabajo. Son cuando menos esos tres ojos los que están observando a un médico, o a cualquier otro profesional: un ojo técnico, un ojo jurídico, y un ojo ético. Hay tres cámaras observando los distintos trabajos, y quienes los llevan a cabo quieren recibir aprobación desde cada una de las cámaras, sin olvidar ese cuarto ojo o cámara que es el de la propia conciencia.

Algunas actividades humanas parecerían sustraerse al campo de la ética. Es el caso, por ejemplo, de los negocios y de la política. Casi todos escuchamos hablar de ética de los negocios y de ética política con una leve mueca de ironía dibujada en la boca, como si poco o nada pudiera esperarse de una y otra de esas actividades desde el punto de vista de la ética. En los negocios se participa y compite por dinero y en la política por poder, de manera que sería ingenuo creer que en tales actividades puede predominar otra cosa que el beneficio propio. Sin embargo, se han ido abriendo paso tanto una ética de los negocios como una ética política, al modo de dos éticas regionales, sectoriales o aplicadas, y no hay por qué descartar de plano que empresarios, hombres de negocios y actores políticos se interesen por establecer pautas éticas a ser cumplidas en sus respectivas esferas de acción, ya sea que en ello procedan con la mayor sinceridad o solo porque los consumidores, los ciudadanos y los medios de comunicación los están mirando y llegando a conclusiones que podrían tanto perjudicarlos como beneficiarlos en las carreras personales que se han propuesto realizar en sus respectivos mundos.

PANDEMIA, EFECTOS CRÍTICOS Y USO CORRECTO DEL LENGUAJE

Azotado el mundo por la pandemia de la COVID-19, la crisis sanitaria a nivel planetario ha sido evidente, como también, acto seguido, la crisis económica y la crisis social. Sin embargo, constituye un error, ya sea interesado o simplemente inconsciente, hablar de “pandemia económica” y de “pandemia social” para referirse a las dos crisis antes señaladas, puesto que no puede utilizarse una misma palabra para referirse tanto a la causa (la grave y extendida enfermedad que produce el virus) como a los efectos económicos y sociales que ella trajo consigo. Es claro que los primeros efectos que produce la pandemia son sanitarios, y muy serios, pero nadie habla por ello de “pandemia sanitaria”, de modo que es legítimo preguntar por qué se habla entonces de “pandemia económica” y de “pandemia social”, y no, simplemente, de crisis económica y crisis social. Una explicación, benevolente, es que se lo hace para enfatizar la gravedad de los efectos económicos y sociales de la pandemia, dado que esta última palabra remite a algo muy negativo, amenazante, incluso mortal. Esto quiere decir que las elites políticas y económicas, especialmente aquellas que detentan el poder de los gobiernos, se han

dejado llevar por la muy intimidante palabra “pandemia”, para alertar con ella a sus gobernados de que algo muy malo se está produciendo, y continuará produciéndose por varios años en materias económicas y sociales, a consecuencias de la COVID-19 y su persistente presencia en el mundo. Los medios de comunicación —y quienes trabajan en ellos— se habrían dejado llevar por ese lenguaje fácil y expresivo, y adoptado también los términos “pandemia económica” y “pandemia social”, sin mayor análisis y sin hacer tampoco cuestión sobre el particular.

Otra interpretación de ese lenguaje, menos candorosa, es que podría estar dirigido a prolongar la pandemia como enfermedad en lo que son sus efectos económicos y sociales. Me explico: la pandemia, como enfermedad, llegará en algún momento a su término, o cuando menos a su control, y eso mediante el antídoto y la vacuna que logren producirse y administrarse a escala mundial, desapareciendo entonces la grave crisis sanitaria que ella produjo. Una crisis durante la cual, razonablemente, hubo que obedecer a los gobiernos y resignarse a la limitación de algunas libertades, en especial las de movimiento y de trabajo, dando crédito al discurso oficial sobre la enfermedad y a las determinaciones de los gobiernos, por mucho que algunas de estas se hubieran sido muy discutibles y probado finalmente como inadecuadas. De esta manera, si una vez acabada la pandemia como enfermedad se continuara hablando de “pandemia económica” y de “pandemia social”, ello podría tener el propósito no declarado de mantener en fila a los gobernados, ahora en asuntos económicos y sociales, tal como se los tuvo en el momento de la pandemia real en lo que a sus efectos sanitario se refiere.

No es mi costumbre idear tesis conspirativas, de manera que bien podría tratarse de lo primero y no de lo segundo, o sea, de la adopción de un lenguaje fácil y expresivo para alertar sobre los gravísimos efectos económicos y sociales de la pandemia, aunque quedaría siempre en pie la pregunta de por qué no se emplea la palabra “crisis”, más adecuada a tales efectos. A los habitantes de un país con más de 200 años de vida independiente no se necesita intimidarlos con la aterradora e inadecuada palabra “pandemia” para que tomen conciencia de los graves y prolongados efectos que la COVID-19 está produciendo en ambos sentidos, sobre todo si la mayoría de ellos los están sintiendo en carne propia desde el primer momento de la propagación de la enfermedad.

No descarto que la palabra “crisis” haya sido eludida a raíz del progresivo y notorio desgaste que ha tenido. Todo parece estar siempre en crisis, o así se afirma al menos, de manera que se trataría de una condición permanente en relación con todo lo humano, e incluso tratándose de cada individuo. Lo que también produce fastidio es que a cada rato nos recuerden que la palabra “crisis”, en los ideogramas japoneses para esa palabra, significa tanto “peligro” como “oportunidad”. Conforme, así puede ser en presencia de toda crisis, peligro y oportunidad, aunque la explicación de que las crisis son también oportunidades resulta irritante en boca de aquellos que en algún momento han sido los causantes de una crisis, como es el caso de políticos que denuncian y lamentan la crisis de la política que han causado ellos mismos.

Cuestión de palabras, podría objetarse, solo de palabras, aunque la verdad es que las palabras importan, y mucho: con ellas pensamos, con ellas nos comunicamos, con ellas construimos realidades. Tampoco ha sido afortunado que las autoridades hablen de “guerra” contra la COVID-19 y de un “ejército” de civiles voluntarios que han colaborado generosamente en distintas tareas de mitigación de los efectos de la enfermedad. “Héroes”, para el abnegado y valeroso personal de salud, tampoco es el término más adecuado. Nuestros gobiernos han declarado varias guerras: a la delincuencia común, al narcotráfico, a la obesidad, al comercio ambulante, a la piratería de libros y obras musicales, utilizando el mismo e inadecuado lenguaje bélico. Guerras que, además, no se ganan nunca, aunque permiten inducir la idea de que siempre estamos en peligro y que es necesario reaccionar de forma rápida, fuerte y sin reparar mucho en la legalidad de los medios que se empleen. Total, estamos en guerra.

¿ÉTICA, DEMOCRACIA Y PANDEMIA?

Por supuesto. La relación de la ética con la democracia se produce siempre que damos valor moral a las reglas de esa forma de gobierno. Reglas que se refieren no solo al acceso al poder, sino también a su ejercicio, a su conservación, a su incremento, a su recuperación. Quienes compiten por el poder político quieren acceder a este y, acto seguido, ejercerlo, conservarlo, incrementarlo y, si lo hubieren perdido, recuperarlo, y la democracia establece reglas bien precisas en todos

esos sentidos. Por eso, para que un gobierno pueda ser calificado de democrático no basta con que haya accedido al poder con respeto a las reglas de la democracia; también es necesario que se sujete a ellas al momento de ejercer, conservar o incrementar su poder².

Desde otro punto de vista, la democracia se relaciona con la moral en el siguiente sentido: si se cree que nuestras concepciones del bien y de los caminos para realizarlo son variadas y que ninguna podría pretender un mayor valor de verdad sobre las restantes, desplazándolas como erróneas, existe una buena razón para preferir la democracia como forma de gobierno, puesto que, entre otras cosas, ella no excluye a ninguna las diversas y casi siempre rivales declaraciones de principios y programas de gobierno que compiten por el poder, y deja en manos de votaciones de mayoría la decisión acerca de aquella o aquellas que deban gobernar por períodos limitados de tiempo. A la pregunta ¿quién debe gobernar?, la democracia responde que lo ignora, y que podrá hacerlo cualquiera que obtenga para sí la mayoría en elecciones libres, periódicas e informadas; una regla puramente cuantitativa, denuncian a veces los enemigos de la democracia, pero, y tal como afirmó alguna vez el filósofo italiano del Derecho, Norberto Bobbio, siempre “es preferible contar cabezas que cortarlas”.

Además de lo señalado, la democracia moderna tiene un compromiso con la libertad y, mejor aún, con las libertades: libertad de pensamiento, de conciencia, de religión, de expresión, de prensa, de movimiento, de reunión, de asociación, de emprendimiento de actividades económicas lícitas, y si la libertad es un valor moral, vuelve a producirse un vínculo entre esta y la democracia.

Los gobiernos democráticos no han tenido necesariamente un comportamiento más acertado que los no democráticos en el manejo de la pandemia, pero cuentan a su favor con que, a partir de algunas de las libertades antes señaladas, ese manejo ha sido incomparablemente más transparente que el de gobiernos no democráticos y, por tanto, ha estado expuesto al examen crítico y público de la prensa, de los partidos políticos, de sociedades científicas, de agrupaciones gremia-

² En mi libro de 2019, *Democracia. ¿Crisis, decadencia o colapso?*, hay una identificación de 18 reglas que caracterizarían a la democracia moderna.

les, y de otros tipos de organizaciones. La democracia es gobierno a telón abierto y permite que el público escuche a los actores y note los desplazamientos y conductas que tienen en el escenario, y ese es un gran valor. Hay amplias y fundadas sospechas, si no certezas, de que un gobierno no democrático como el de China se parapetó en la reserva y en el secreto en los primeros momentos de la pandemia, causando así un daño a su población y a los habitantes de todo el orbe.

Los gobiernos democráticos han tenido que restringir algunas libertades —por ejemplo, las de desplazamiento y trabajo de sus habitantes—, lo cual puede justificarse como medidas excepcionales y transitorias para el mejor control de los contagios, aunque siempre existe el riesgo de que algún gobernante se tiente con prolongar más allá de lo necesario tales restricciones a la libertad de las personas. Pero en una sociedad democrática los ciudadanos, los medios y las múltiples organizaciones de la sociedad civil reaccionarían contra esa tentación e impedirían que se cayera en ella. Esta es otra de las ventajas de la democracia: organiza el poder, pero también lo fracciona y limita, y facilita tener puestos los ojos sobre él. Poner los ojos sobre el poder, cualquiera que este sea y no solo sobre el poder político, porque el poder económico, el militar y el de organizaciones religiosas tienen también, como todo poder, una fuerte capacidad de daño sobre las personas. Todo poder debe ser domesticado, igual que se hace con aquellos animales que, dejados a sus puros instintos, pueden atacarnos en cualquier momento.

DEMOCRACIA Y ÉTICA

Otra buena razón para preferir la democracia es que ella pasa mejor el examen que cualquier otra forma de gobierno en lo que toca a la declaración, garantía y promoción de los derechos fundamentales de la persona humana. Si damos valor e importancia a tales derechos —y cómo podríamos no dárselos—, tenemos que dar similar valor e importancia a aquella forma de gobierno que mejor se comporta con ellos, aunque “mejor” no signifique “perfección”. Derechos fundamentales de carácter personal, derechos políticos, derechos sociales, derechos culturales, es decir, todos los derechos que han sido reconocidos, en carácter de fundamentales, por el Derecho interno de los Estados de-

mocráticos y por el derecho internacional de los derechos humanos. No todos los derechos tienen ese carácter, solo algunos, y por eso ellos adscriben a todo individuo de la especie humana. En cuanto a los derechos que no son fundamentales, su titularidad no es universal sino particular, como el derecho del vendedor a que el comprador de una cosa pague por ella el precio convenido, o el de los hijos a recibir alimentos de sus padres. Derechos como estos dos últimos provienen de contratos que se celebran o de posiciones jurídicas que se ocupan y, por tanto, sus titulares son únicamente aquellos que intervienen en los contratos u ocupan dichas posiciones. En cambio, para la titularidad de los derechos fundamentales no se requiere haber celebrado ningún acto ni tener tampoco una determinada posición: son derechos de todos en virtud de la sola condición humana de sus titulares. Derechos que, por lo demás, no siempre estuvieron allí y que fueron creados a inicios de la modernidad, y cuyos procesos de positivación, generalización y expansión se extienden hasta nuestros días. En tal sentido, se trata de derechos que constituyen una creación o producción humana relativamente reciente y que hombres y mujeres no encontraron escritos en el firmamento ni expuestos en algún antiguo libro sagrado.

Entre los derechos sociales se cuenta por cierto el derecho a un acceso garantizado a una atención sanitaria oportuna y de calidad, tanto preventiva como curativa, una meta difícil de cumplir, mas no por ello renunciable. En esto los derechos humanos se parecen a las virtudes, que son cimas que debemos alcanzar y que solo se adquieren por una repetición constante de conductas virtuosas. Los derechos fundamentales suelen estar declarados en los textos constitucionales de cada país, y vinculan a ellos la labor de los órganos legislativos, administrativos, y también a los tribunales. Los primeros están obligados a dictar leyes ordinarias o comunes para la mejor garantía, protección y promoción de los derechos constitucionalmente declarados, los segundos a hacer lo mismo por medio de resoluciones y controles de tipo administrativo, mientras que los jueces, junto con aplicar dichas resoluciones y leyes, pueden también hacer aplicación directa de las normas constitucionales. Por su parte, los gobiernos y la Administración del Estado están igualmente obligados a estudiar, adoptar, financiar y ejecutar políticas públicas en ese mismo sentido. Es de esa manera como los derechos humanos no quedan solo como

tinta impresa en las constituciones y se vuelven algo progresivamente tangible para sus titulares.

¿Qué el derecho a la atención sanitaria cuesta muy caro y que, en general, los derechos sociales son caros? Lo son, es cierto, pero también es cara la garantía de los derechos personales, incluido el derecho de propiedad, que exigen financiar a todo un poder del Estado —el Poder Judicial—, además de fiscales, defensores públicos, cuerpos de policía y gendarmes, al paso que los derechos políticos cuestan también lo suyo en cuanto a financiamiento de un servicio electoral, tribunales electorales, partidos y campañas políticas, y votaciones populares.

PANDEMIA Y JUSTICIA SOCIAL

La pandemia ha exigido al máximo la capacidad de atención tanto del sistema público como privado de salud, permitiendo conocer mejor sus fortalezas y advertir también mejor sus debilidades y carencias. La pandemia permitió reconocer también el déficit del país en materia de viviendas dignas y apropiadas para la vida en familia. En ambos casos veníamos con graves carencias desde antes de la pandemia, y ni qué decir en materia de pensiones, pero no todos las reconocían, sedados como hemos estado por indicadores macroeconómicos que no dan cuenta de la realidad que viven muchas personas y sus familias. Todo país tiene el deber de reconocer sus logros y avances, y hasta tiene el derecho a celebrarlos, pero el nuestro fue mucho más lejos que eso y ha vivido, al menos entre sus elites, presa de una excesiva complacencia respecto de las efectivas condiciones materiales de existencia de sus habitantes. Con todo, habrá sin duda más dificultades para satisfacer los derechos sociales luego de la pandemia, aunque, a la vez, estos han conseguido una mayor visibilidad e importancia de cara al proceso constituyente en que nos encontramos. La Constitución de 1980 fue muy mezquina con esa clase de derechos, algo que no cabe esperar de una probable nueva Constitución.

A nadie podría extrañar que las cuarentenas decretadas con motivo de la pandemia produzcan graves efectos en la salud mental de los chilenos, o, cuando menos, que sus efectos en ese sentido sea tan graves como en otros aspectos de la vida personal y la existencia en común, lo

cual, como es obvio, lo mismo que en el caso de los efectos económicos de la enfermedad, dejará caer un peso mayor, más extendido y difícil de tratar en la parte más vulnerable de la población, aquella que menos acceso tiene a diagnósticos y tratamientos en materia de salud mental.

Las protestas sociales de 2019 —masivas, persistentes y extendidas por todo el territorio— tuvieron varias causas. Patentizaron no solo una crisis de expectativas de sectores medios que, de pronto, vieron frenados o frustrados sus proyectos de ascenso social y mayores ingresos. Mostraron también una crisis de carencias, que es más que una de expectativas, esto es, dieron cuenta de la situación de un número importante de chilenos que no tienen acceso garantizado a atención sanitaria, a educación pública de calidad, a vivienda digna y a pensiones igualmente dignas y justas al momento de tener que dejar de trabajar. Excesivo trabajo informal y bajos ingresos por el trabajo formal trajeron consigo un alto endeudamiento de los hogares chilenos, que ya bordea el 75% de los ingresos familiares. Retribución baja e inestable por el trabajo informal, y remuneraciones igualmente bajas para el formal, sobre todo si se las compara con las rentas que obtiene el capital productivo y el financiero, fueron reemplazadas por una constante invitación al endeudamiento. Un endeudamiento que, muchas veces, tiene por único objetivo “llegar a fin de mes” y que no guarda relación con proyectos de emprendimiento o planes de las personas para conseguir una mayor calidad de vida y seguir también sus propios estilos de vida.

La falta de acceso a bienes básicos o primarios lesiona la dignidad de las personas, les dificulta o impide tener una existencia autónoma y responsable, y las priva de la posibilidad de llevar adelante planes de vida que sobrepasen la mera subsistencia. Una situación que afecta sin duda el principio igualitario de nuestra sociedad, pero que daña también la libertad de los individuos. Personas que no tienen acceso a tales bienes en cantidad suficiente y con la debida regularidad ven afectado el ejercicio práctico de las libertades que consagran los textos constitucionales. De esta manera, diciendo más igualdad se dice también más libertad.

Garantizar el acceso a bienes primarios no tiene el propósito de hacer felices a hombres y mujeres, sino el de satisfacer una condición

para que unos y otros puedan sentirse felices de vivir y de contar con un punto de partida para buscar su propia felicidad personal.

Ética POSPANDEMIA

¿Mejores o peores luego de la pandemia? Desde el punto de vista individual, según creo, ni lo uno ni lo otro. Lo más probable es que cada uno de nosotros siga siendo el amasijo de virtudes y defectos que siempre lo han caracterizado, mientras que, desde el punto de vista colectivo, no es posible saber con seguridad qué es lo que pasará o no pasará una vez que la enfermedad se encuentre bajo control. A mí me ha impresionado la cantidad de intelectuales que han salido a vacunar con gran seguridad cuál será luego de la pandemia el futuro de sus países y hasta de la completa humanidad. Ansiedad, precipitación, desmesura, protagonismo, pero también el afán no confesado de llevar, cada cual, agua a su propio molino. Así, por ejemplo, los partidarios del capitalismo neoliberal que, con distintos énfasis, sentó sus reales en la mayor parte de los países de la Tierra, afirman con gran seguridad que ese capitalismo seguirá tan vivo como hasta ahora, mientras que los detractores de este sistema económico sostienen, con similar énfasis y certeza, que los días del capitalismo están ya contados.

Lo que sí me parece posible y justo expresar son deseos, preferencias, expectativas, pero asumiendo que son tales y no la exacta imagen del futuro que nos espera.

Esperaría una mayor valorización de la fraternidad, “la gran ausente de las sociedades capitalistas contemporáneas”, según señaló Octavio Paz, allá por los 90, en entrevista con el periodista y escritor chileno Sergio Marras. En el entendido de que libertad e igualdad, los otros valores que formaron parte del lema de la modernidad, pueden tener fricciones entre sí, y a fin de evitar que uno cualquiera de ellos sea inmolado en el altar del otro, la fraternidad sería el puente que se necesita tender entre libertad e igualdad para que, reconociéndose como dos valores distintos, ceda cual de sí en la proporción justa que se requiera para la realización simultánea del otro. Una propuesta que asume que valores opuestos, o que, sin serlo completamente, pueden entrar en conflicto, y lo que cabría entonces sería la fórmula que pro-

puso Isaiah Berlin: ponderar los valores en conflicto, equilibrarlos, preguntarse cuánto de uno por cuánto de otro, y eso no solo en la teoría filosófica o política que se ocupa de ellos, sino, ante todo, en las situaciones prácticas concretas en que se pueda advertir el conflicto. También es posible el conflicto entre orden y libertad, ambos valores deseables, pero que suelen tener más de una fricción, sin que esto signifique que uno deba ser sacrificado en nombre del otro.

Pero hay otra manera de ver las cosas, y ella consiste en postular que la igualdad es condición de la libertad, mientras que el orden lo es de la libertad. Sin orden el ejercicio de la libertad sería imposible o podría volverse completamente caótico: en ejercicio de su libertad, una cantidad muy elevada de adolescentes decide concurrir a un concierto de rock y, llegados al lugar, son obligados a hacer fila para el ingreso. Por su parte, sin un conjunto de igualdades que hemos llegado a reconocer unos a otros, como resultado de un largo y no siempre pacífico proceso civilizatorio —igualdad en dignidad, consideración y respeto; igualdad en la titularidad de los derechos fundamentales; igualdad en la capacidad para adquirir y ejercer otros derechos; igualdad ante la ley; igualdad de derechos políticos; e igualdad de oportunidades—, no resultaría viable el reinado de la libertad. Sin esas igualdades, ¿sería posible el ejercicio real o efectivo de nuestras libertades? Y, en cuanto a la igualdad en las condiciones materiales de existencia, que no es igualdad de todos en todo sino igualdad de todos en algo, algo que no puede ser sino el acceso garantizado a los bienes básicos o primarios que mencionamos antes, ¿cuánta libertad tienen, en los hechos, quienes carecen de tales bienes?

Fraternidad, decimos, como si fuéramos hermanos, esto es, hijos de un mismo padre, cosa que no ocurre, salvo que se creyera que nuestro padre, ya no biológico, sino celestial, fuera uno solo: Dios. Entonces, no somos hermanos, pero la fraternidad nos obligaría a tratarnos como tales, supuesto que las relaciones entre hermanos sean siempre las mejores del mundo.

FRATERNIDAD Y SOLIDARIDAD

Debido a los problemas que presenta “fraternidad”, suele reemplazársela hoy por la más laica y sobria “solidaridad”, una palabra, esta última, que recuerda “soldar”, “unir”, puesto que une a los individuos de nuestra especie y, para ello, enlaza también los valores de la libertad y de la igualdad.

La solidaridad, que es compatible con la libertad, lo es también con el amor de sí, mas no con el amor propio. Este último es una falla del carácter que tiene que ver con la altanería, con la rigidez, con la fatuidad, con la falta de disposición hacia los demás; mientras que el amor de sí designa el cuidado consciente y responsable de uno mismo, pero no por egoísmo, sino para estar en mejor forma para servir y ayudar a los demás. Esta distinción cobra especial importancia en tiempos de pandemia, en los que el amor propio es una falla que merece mayores reproches, y en los que el amor de sí solo recibe los elogios que siempre merece.

¿Es todavía la solidaridad una voz presente en nuestras sociedades o se trata solo del eco de una palabra ya extinguida, parecida a la luz que vemos hoy y que corresponde a una estrella que se apagó hace millones de años? ¿Es posible pasar fácilmente del deber de no dañar a los demás a la obligación de ayudarlos? ¿Es la solidaridad un sentimiento privado, personal, o puede y debe ella ser estimulada mediante la adopción de instituciones sociales y económicas que la impongan de manera obligatoria? ¿Se seguirá encogiéndose la solidaridad hasta practicarse solo entre afines, al interior de pequeñas comunidades y no de la completa sociedad en que vivimos y menos de manera global en todo el planeta, establecido que parece haber hoy un impulso a refugiarse en comunidades nacionales, étnicas, religiosas o de clase cada vez más pequeñas y excluyentes? ¿Puede la llamada “ciencia lúgubre” de la economía abrirse a las exigencias de la solidaridad? ¿Se nos habrá vuelto la solidaridad un discurso de santurriones, izquierdistas nostálgicos o sujetos marginales?

Cada cual tendrá sus respuestas para tales preguntas, aunque desearía terminar con esta: si la solidaridad pudiera ser considerada un frac-

so, incluso un gran fracaso, ¿no habría que seguir el consejo de Samuel Beckett, a saber, “prueba otra vez, fracasa otra vez, fracasa mejor?”.

Agustín Squella es doctor en Derecho, profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad de Valparaíso. Ex rector de esa universidad. Miembro de Número de la Academia de Ciencias Sociales, Políticas y Morales del Instituto de Chile. Premio Nacional de Humanidades 2009. Después de sus libros *Lugares sagrados, ¿Cree usted en Dios? Yo no, pero...*, *¿Es usted liberal. Yo sí, pero...* y *¿Es usted feliz. Yo sí, pero...*, todos de editorial Lolita, ha publicado, con el sello editorial de la Universidad de Valparaíso, desde 2016 en adelante, *Igualdad, Libertad, Fraternidad, Democracia, Derechos humanos, y Desobediencia*.

NUEVO ORDEN MUNDIAL: ¿CON O SIN DEMOCRACIA?

JOSÉ RODRÍGUEZ ELIZONDO¹

RESUMEN

Quiénes asumen el impacto nacional del coronavirus, saben que obliga a buscar soluciones inéditas de equilibrio entre la salud del cuerpo, la mente y la conducción político-económica del país. Quiénes lo entienden mejor saben que su impacto catastrófico es global. Contiene la exigencia de un orden internacional que —para decir lo menos— no obstruya la cooperación entre los humanos. Esto es mucho más difícil de percibir, pues los líderes de las potencias dominantes lucen más dispuestos a combatirse que a apoyarse y, como “efecto cascada”, otros actores políticos siguen privilegiando sus filias y fobias domésticas. Se soslaya, así, la urgencia de una reingeniería macro, que facilite reafirmar y proyectar los propósitos ONU de paz y cooperación “en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario”, propósitos todos que, paradójicamente, hoy serían más factibles que ayer, dada la convergencia de los grandes sistemas de producción y la secularización de los sistemas democráticos de gobierno.

Palabras clave: pandemia, orden mundial, democracia, globalización.

¹ Abogado. Miembro de Número de la Academia Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y Morales del Instituto de Chile.

EN BUSCA DEL ORDEN PERDIDO

Analistas y teóricos de distintas sensibilidades ya están asumiendo que la COVID-19 generó un parteaguas político en un nivel planetario. Para casi todos (alguna excepción habrá) el mundo que viene no será el que era.

¿Significa esto que estamos *ad portas* de un nuevo orden mundial (OM)?

Explicuemos, primero, que un OM, por defectuoso que sea, vale más que un desorden, pues aporta a los terrícolas el mínimo necesario de certezas. Fue lo que sucedió con el orden áspero, belicoso y bicéfalo de la Guerra Fría. Desde el fin de la II Guerra Mundial hasta la emergencia en la Unión Soviética (Unión Soviética) de Mijail Gorbachov y su perestroika, impidió una tercera guerra termonuclear, aunque al costo de muchísimas guerras periféricas y derechos humanos violados.

Demasiados intelectuales *top* ignoraron las limitaciones del concepto, cuando festejaron la victoria de los Estados Unidos tras la implosión de la Unión Soviética. Zbigniew Brzezinski, entonces consejero para la seguridad nacional, dijo en su libro *El gran tablero mundial* (1977) que “esta hegemonía global estadounidense sin precedentes no tiene rival”. Con todo, atinó a preguntarse “si seguiría siendo así en el futuro”. Otros, como Francis Fukuyama, se “subieron por el chorro” del *wishful thinking* y sugirieron que el mundo llegaba a la placidez del “fin de la historia”. Samuel Huntington, profesor de la Universidad de Harvard, impresionado por la expansión del fundamentalismo islámico, planteó una alternativa épica para los Estados Unidos: tras derrotar a la Unión Soviética tendrían que liderar a Occidente en un “choque de civilizaciones”.

Hoy está claro que el fin de la Guerra Fría dejó a los Estados Unidos bailando solos..., pero en el corto plazo. Sus líderes no supieron convertir esa hegemonía en un OM consensuado, poniendo en su lado de la balanza los valores de una democracia liberal tranquilizada. En cuanto al choque de civilizaciones, se demostró como una proyección sobredimensionada, pues sus actores principales no implicaban amenaza militar disuasiva para las grandes potencias.

También hoy está claro que los grandes jefes políticos y los teóricos más influyentes subestimaron el potencial de cambios que estaba fra-

guando en la República Popular China. Zbigniew Brzezinski, en su libro *El gran fracaso* (1989), incluso le endosó la lógica que había llevado al fracaso a la Unión Soviética. A su juicio, los dirigentes chinos debían reconocer que “no existe un punto intermedio entre el comunismo centralizado y una sociedad descentralizada y de autogestión”.

Sin embargo, tras la muerte de Mao Zedong, esos dirigentes chinos estaban buscando, precisamente, ese punto intermedio. Asumían que era la llave de paso para dar a sus ciudadanos un mejor nivel de vida, en un Estado económicamente desarrollado. Tal vez sospechaban que ello acercaría la posibilidad de un OM no confrontacional.

EL FENÓMENO CHINO

El inicio de las relaciones China-Estados Unidos, en 1967, la muerte de Mao en 1976 y el liderazgo posterior de Deng Xiaoping fueron los hitos principales del proceso político-diplomático más fascinante de la Guerra Fría. Sus gestores fueron dos binomios de gran (y controvertido) tonelaje político: El presidente Richard Nixon y su secretario de Estado Henry Kissinger, por los Estados Unidos, y el presidente Mao con su primer ministro Zou Enlai, por China.

El cambio histórico que sembraron vino a fructificar bajo el liderazgo del incombustible y pragmático Deng. Gracias a su sabiduría política, el antiguo Imperio del Medio volvió a honrar el pensamiento de Confucio y cesó la sacralización de “el pensamiento Mao” con el Libro Rojo como best seller. La distensión consecuente permitió un balance realista del extremismo ideológico del Gran Timonel, con epicentro en la “revolución cultural”.

Mientras eso sucedía en China, en Occidente se seguía pensando en la amenaza estructural del “bloque chino-soviético” y la política mundial oscilaba entre la hegemonía decreciente de los Estados Unidos, los quiebres en la Unión Europea, los conflictos en expansión del Medio Oriente, la emergencia de Vladimir Putin y la parálisis estratégica de la ONU. China solo aparecía como un voto impredecible en el Consejo de Seguridad y un factor de la “globalización” comercial.

Solo tras la implosión del poder soviético, en 1991, el mundo vino a enterarse de que China estaba en pleno viraje ideológico y estratégico. Ya no se planteaba como objetivo la transición del socialismo al comunismo, sino la transición hacia una nueva forma de capitalismo. Parafraseando la célebre metáfora maoísta, Marx, Engels, Lenin, Trotsky, Bakunin y el propio Mao se habían convertido en “tigres de papel”.

Así se fue reacondicionando la política mundial, hasta que llegó otro de esos momentos estelares de la humanidad patentados por Stephan Zweig. Fue la confluencia de la crisis europea del Brexit, el expansionismo militar de Rusia en Crimea y dos catástrofes casi simultáneas: el irresistible ascenso de Donald Trump a la Presidencia de los Estados Unidos y la COVID-19 invadiendo la Tierra desde la ciudad china de Wuhan.

Si el planeta estaba ya demasiado desordenado, ahora comenzaba a recorrerlo el fantasma de la anarquía mundial.

ADVERTENCIA

En las catástrofes focalizadas, como terremotos y guerras, la unidad nacional es solo un reflejo “buenista” de patriotas, humanistas, religiosos no fundamentalistas y otros especímenes de la buena onda. Si la catástrofe es de dimensión global, como la pandemia que nos aflige, ese reflejo filantrópico apunta hacia la unidad humana. Todos debiéramos unirnos para salvar el planeta. Mijail Gorbachov, ya octogenario y siempre más cercano al pacifismo de Woodrow Wilson que a la beligerancia de Lenin, lo expresó de manera ejemplar en la revista *Time* del 15 de abril de este año². Estamos *ad portas* de una nueva civilización, dijo, y “las decisiones tendrán que ser tomadas por toda la comunidad mundial”.

Lamentablemente, aquello fue lógica abstracta mezclada con romanticismo. Cualquiera sabe que los terremotos son plataforma de vándalos y saqueadores, inducen la intervención de las fuerzas institucionales y producen réplicas existenciales en los políticos que cultivan rencores pretéritos o ideológicos contra ellas. Además, no hay guerra, por mun-

² Gorbachev, M. (April 15, 2020). When the Pandemic Is Over, the World Must Come Together. *Time*. Recuperado de <https://time.com/5820669/mikhail-gorbachev-coronavirus-human-security/>

dial que sea, sin saboteadores internos, opositores duros y revolucionarios —de izquierdas y derechas— que creen llegada su oportunidad política. Cuando terminaba la Guerra de Secesión en los Estados Unidos, un conspirador confederado asesinó a Abraham Lincoln para mantener viva a la muerte. Durante la Primera Guerra Mundial, los líderes bolcheviques derrocaron al zar Nicolás II, luego aserrucharon el piso al socialprogresista Aleksánder Kerenski y así comenzó la revolución rusa.

Inspirados en esa realidad dura, los clásicos de la ciencia-ficción se han esmerado en contarnos la agonía de la Tierra por el mal comportamiento de sus habitantes, con la consiguiente búsqueda de otro domicilio cósmico. Herbert G. Wells, en su clásico *La guerra de los mundos*, la salvó *in extremis*, pero no por la sabiduría política de los terrícolas, sino por la acción espontánea de las bacterias domésticas. Fueron éstas las que derrotaron a los invasores alienígenas.

KISSINGER CONTRA TRUMP

Gracias a su conocimiento de la historia y cultura de China —fruto de 50 visitas de trabajo, realismo geopolítico y una negociación diplomática de antología—, Henry Kissinger supo decodificar el nuevo rol del gigante asiático.

En su libro *China* (2012), consigna que la revolución cultural de Mao no solo mostró a estudiantes y profesores quemando libros y vandalizando las tumbas de Confucio y sus descendientes. En paralelo, produjo una catástrofe económica y “una carnicería humana e institucional”, que incluyó la purga de altos dirigentes del Partido Comunista, entre los cuales el propio Deng.

Percibió, correctamente, que ese estallido social fue una especie de “cura de caballo” para el extremismo ideológico de Mao y que del escarmiento surgirían líderes con vocación de incidir en la política mundial. Era un tema que su exjefe, Richard Nixon, decodificaría, de manera incluso más osada, en su libro *The Real War*, de 1980, mediante un mixto de pronóstico con advertencia: “En el siglo XXI China puede convertirse en la más fuerte potencia de la tierra y también en uno de los países económicamente más avanzados”.

A partir de esa *big data* y visto que la hegemonía de los Estados Unidos se había hecho progresivamente insostenible, Kissinger advirtió el peligro de que la multipolaridad rompiera los equilibrios de poder, en beneficio de chinos hegemónicos. Aventajado discípulo de Heinrich von Metternich, llamó entonces no a recuperar el rol misionero del “destino manifiesto”, sino a salvaguardar los principios de la democracia liberal, mediante un orden internacional consensuado con China.

Es lo que dijo en un texto de 2012³, reconociendo que “estamos tratando con líderes racionales en ambos lados” y convocando a China a participar en la creación de las reglas internacionales y “no sólo a aceptarlas”. Más tarde explicaría dicha opción en diversos medios, diciendo que “no tenemos el poder para imponer nuestras preferencias, pero sin nosotros y sin un liderazgo de parte nuestra, no se puede crear el nuevo orden”.

Ya nonagenario avanzado volvería sobre el tema, pero ahora alarmado por la terrorífica performance internacional de Trump y su “America first”. Subrayando que la crisis del concepto de OM era “el problema internacional más candente de nuestros días”, Kissinger advirtió que China no estaba predestinada a ocupar el vacío de beligerancia dejado por la Unión Soviética pre-Gorbachov y que los Estados Unidos ya no necesitaban la amenaza del terror nuclear para disuadir a un eventual enemigo.

El 3 de abril de 2020 plasmó esa alarma en un sutilísimo texto para *The Wall Street Journal*. Lo hizo cuando el mundo comenzaba a sucumbir ante una pandemia imparables, mientras se equilibraba en la cuerda floja de una guerra tecno-comercial con China, que Trump quería convertir en una segunda temporada de la Guerra Fría. En tal contexto, Kissinger sostuvo que “la pandemia ha disparado como un anacronismo el renacimiento de la ciudad amurallada, en una época en que la prosperidad depende del comercio mundial y el movimiento de la gente”. Agregó que el desafío histórico para los líderes “es conducir la crisis mientras construyen el futuro (y que) su fracaso podría incendiar el mundo”⁴.

³ Reproducido en diario El Mercurio, 30.12.2012.

⁴ Kissinger, H. A. (April 3, 2020). The Coronavirus Pandemic Will Forever Alter the World Order. *The Wall Street Journal*. Recuperado de <https://www.wsj.com/articles/the-coronavirus-pandemic-will-forever-alter-the-world-order-11585953005>

Fue un disparo directo, diplomáticamente insólito, contra la política aislacionista, proteccionista y beligerante, impuesta desde los afanes reelectorales de su extravagante presidente.

AVATARES EN LA RUTA DE LA CONVERGENCIA

En el apogeo del OM de la Guerra Fría, la confrontación de las superpotencias tenía plataformas doctrinarias fuertes. En los Estados Unidos era la del “destino manifiesto”, con las democracias de libre mercado como baluartes contra la expansión de las dictaduras con economías centralmente planificadas. En la Unión Soviética se resumía en la promoción de la revolución socialista mundial, por métodos que solo excluían el enfrentamiento directo, necesariamente termonuclear. En el discurso político rústico, esto se expresaba como la lucha entre “el mundo libre” y el “imperio del mal”, o como la opción entre “el futuro radiante de la humanidad” y “el imperialismo opresor”.

En contraste con ese cuadro maniqueo, la implosión del comunismo soviético, la “capitalización” del comunismo chino, la globalización de las economías, la multipolaridad emergente y el debilitamiento de los sistemas democráticos vino a descalabrar las escatologías, instalando una convergencia *de facto*. Así, hasta la llegada del binomio COVID-Trump, las potencias centrales vivieron bajo sistemas distintos pero compatibles, y con cosmovisiones no necesariamente antagónicas. Un fenómeno antes impensable para los misioneros norteamericanos de la democracia liberal, y una herejía para los teólogos del movimiento comunista mundial.

Un nuevo OM competitivo, pero no confrontacional, parecía estar a la vuelta de la esquina y, seguro, fue lo que influyó en la profecía del “fin de la historia” de Fukuyama. Sin embargo, a mediados de la segunda década del nuevo milenio, las faenas en la ruta de esa convergencia se fueron paralizando. En nuestro Occidente las zancadillas de la realidad, sumadas a la carencia de líderes políticos de envergadura, fueron aparcaando las ideas y proyectos. Hubo un acopio de piedras en el camino, entre las cuales destacan las siguientes:

- Una globalización que expropió instrumentos de decisión soberana a todos los gobiernos y, en especial, a los más débiles.
- La imposibilidad de vencer la inercia respecto a los llamados “problemas globales de la humanidad”, incluso después de que una serie de informes y catástrofes identificaran “los límites del crecimiento” y, por ende, del consumismo.
- La configuración de “clases políticas” con intereses propios, como efecto colateral de la desaparición del enemigo estratégico de la Guerra Fría.
- La configuración de dictaduras de nuevo tipo, con reformas constitucionales *ad-hoc*, cambio en las reglas del juego electoral y apoyo de las Fuerzas Armadas
- El empobrecimiento cultural del personal político, por la deserción y/o desinterés de intelectuales y científicos respecto de las tareas de la contingencia.
- La abstención significativa de ciudadanos electores en comicios programados.
- El desencanto de las juventudes con los partidos políticos y la institucionalidad democrática.
- Los estallidos sociales con mezcla compacta de protesta legítima, vandalismo e insurrección.
- Por último, como la democracia representativa tiene debilidades que la razón desconoce, a esas piedras vino a agregarse una roca enorme: la elección poco transparente de Donald Trump como presidente de los Estados Unidos.

En medio de este paisaje desolador apareció el fantasma del virus, en la ciudad china de Wuhan. El gobierno de Xi Jinping, a semejanza del soviético ante la catástrofe de Chernobyl, no actuó con la presteza y transparencia necesarias para aplanar su curva expansiva *ab initio*. Trump, alertado del peligro por sus científicos, optó por minimizarlo y luego ocultó su inepticia buscando culpables en vez de soluciones. Bautizó a la COVID-19 como “virus chino”.

Mientras las dos grandes potencias elevaban sus niveles de confrontación, el virus se convirtió en un flagelo global, que bloqueó el mínimo necesario de unidad interna y externa en la mayoría de los países del mundo. En vez de buscar la cooperación internacionalista, los comunicadores oficiales se zambulleron en una competencia macabra por los indicadores, donde ganaban los que menos muertos mostraban.

Así pasamos, sin transición, de la ruta de la convergencia a la amenaza de una nueva Guerra Fría y nos convertimos en víctimas de una paradoja mayor: inmersos en una cuarentena sin ruta, nadie sabe cómo combatir la pandemia, pero todos los opositores saben que sus gobiernos la están combatiendo mal.

DE LA VACUNA A LOS DETALLES

El control de la pandemia trajo una gobernabilidad más difícil para las democracias, dado que no siempre saben conducir a sus fuerzas institucionales. En paralelo, el miedo y la exasperación social hicieron forados en los partidos políticos que ya venían a mal traer y potenciaron núcleos anarquistas, insurreccionales y temáticos proclives a la violencia. Trump y sus “*tuits*” dieron la tónica al desconsiderar a sus aliados geopolíticos, insultar a los países en desarrollo (“shithole countries”), atrincherarse en el aislamiento proteccionista del “America first” e instalar la ominosa perspectiva de una guerra tecno-comercial con China.

En estas circunstancias, la prospectiva está siendo menesterosa. De hecho, se reduce a la búsqueda de una vacuna salvadora y a la internalización de un deshabitado lugar común: “después de la pandemia el mundo ya no será como era”. Para el virus esto equivale a un salvoconducto que le permite pasarse por el planeta como los alienígenas de Wells, atacando sociedades sin voluntad política de cooperación ni instrumentos conjuntos de sobrevivencia.

En tan dramática coyuntura resulta baladí anunciar que el mundo está cambiando y que cambiará más. En vez de quedarse en ese enorme lugar vacío, los líderes responsables de gobierno y oposición debieran inducir gobiernos —o al menos espacios— de unidad nacional y buscar alianzas con los soñadores de sistemas. Objetivo: procesar “los detalles” del cambio posible y comenzar a actuar en esa dirección.

Como postulante al grupo de los soñadores, mi opción comienza con una hipótesis previa: cualquier salida de la pandemia que permita alguna esperanza a la humanidad, pasa por la desaparición política de Trump. Ese punto mínimo de arranque permitiría reformatear la ruta de la convergencia, como plataforma sine que non de un proceso orientado hacia un nuevo OM.

Las líneas de base de la reconfiguración se fijarían desde los cuatro puntos que siguen.

1. Dado que —usando nomenclatura marxista— la infraestructura económica de las potencias mayores es convergente, ninguna necesitará exportar modelos desde sus superestructuras políticas. Esto significa el fin de la guerra tecno-comercial trumpista y el retorno a los principios del libre comercio mundial.
2. En el mundo occidental se asumirá que la pandemia tuvo un rol dirimente entre las variables principales del modo capitalista de producción, En el nivel de economistas Nobel, dejó fuera de juego las tesis de Milton Friedman sobre un Estado mínimo y potenció las tesis de Paul Samuelson sobre una economía mixta, flexible ante las demandas sociales y con protagonismo variable del sector público.
3. Como efecto de los dos puntos mencionados, no existirá paradigma externo para quienes pretendan recuperar la épica y el *ethos* de las revoluciones social-estadistas del siglo XX, ni para quienes pretendan instalar sociedades de mercado. Por extensión, tampoco habrá espacio para una masa crítica de “países no alineados”.
4. En su espacio geopolítico y tras una transición dura, la democracia representativa tendrá que reinventarse en modo pragmático. Ya no será el equivalente a una ideología de misioneros ni un coto reservado para políticos clientelistas, sino un sistema laico de gobierno, con agentes tecnificados, que sirva como continente de valores culturales significativos.

ENTRE LA ANARQUÍA Y EL VACÍO DE PODER

Contra la necesidad de soñar el futuro, la realidad de la coyuntura se está haciendo cada vez más compleja, en cuanto atravesada por la pandemia y las medidas sanitarias.

A grandes rasgos, la desobediencia civil ante algunas medidas ha instalado un sistema circular de tensiones, en el cual los gobiernos convocan a la fuerza institucional (militares, policías y jueces); los convocados saben que sus mandantes desconfían de la aplicación real de su fuerza, y los medios de comunicación estiman más noticiosos los actos delincuenciales y las denuncias de los civiles que las acciones de la fuerza. Además, en Sudamérica hemos visto jefes de Estado renunciados y exiliados (Bolivia), conspiraciones golpistas (Perú), estallidos sociales (Colombia, Ecuador), acusaciones constitucionales (Chile) y vicepresidente secuestrado (Paraguay).

En definitiva, ese círculo de ambigüedades y acciones políticas insólitas debilita tanto el principio de autoridad de los gobernantes, como la seguridad de los jefes de la fuerza, mientras desborda la capacidad de la justicia. La paradoja suprema es que todo esto deja un vacío idóneo para que lo llenen los delincuentes, los narcos y los políticos antisistémicos, con grave detrimento para el prestigio de la democracia.

Debiéramos asumir, entonces, que en el núcleo de ese cuadro ominoso está el tema más complejo y espinoso de la pre y pospandemia: cómo preservar los sistemas democráticos mientras llega la vacuna salvadora. Por añadidura, los gobernantes legítimos que lleguen a esa segunda etapa se verán tironeados desde los extremismos de derechas, izquierdas y temáticos, y chocarán con violentistas irreductibles, nacionalistas beligerantes, separatistas étnicos y delincuentes organizados. Todo ello mientras se equilibran en una cuerda floja, que tiene un extremo en la anarquía y el otro en el vacío de poder.

Para efectos de cualquier pronosis, esto obliga a poner bajo la lupa el comportamiento de tres actores estratégicos de la democracia representativa: los políticos incumbentes, los jóvenes estudiantes que los reemplazarán y los jefes de las fuerzas armadas. Es lo que haremos a continuación, con una advertencia previa: dada la vastedad del univer-

so analizable, generalizaremos en el nivel de América Latina, con base implícita en la historia política de Chile.

POLÍTICOS BAJO LA LUPA

Los dirigentes políticos del próximo futuro ya no podrán administrar una abundancia desigual, tolerar o fomentar el consumismo y tratar de mitigar la pobreza. En vez de esa rutina de la normalidad, tendrán que administrar la escasez bajo una presión social ecuménica. Los sectores de estatus superior rechazarán medidas que les parezcan restrictivas o expropiatorias. Los sectores medios rechazarán todo lo que, a su juicio, pueda devolverlos a niveles de pobreza. Los sectores de pobreza se percibirán entre el desempleo, el asistencialismo y la delincuencia.

Ante esa hoja de ruta, los gobernados tendrán a su vista un espejo prepandémico con (entre otros) los siguientes reflejos deplorables:

- gobernantes con aversión a la alternancia en el poder; gobernantes que no pudieron completar el periodo de su mandato; gobernantes prófugos, procesados, condenados y encarcelados por corrupción;
- partidos políticos que acentuaron su tendencia al clientelismo, abandonando o postergando los proyectos-país y, por añadidura, sus proyecciones positivas en la política exterior. Mención especial, aquí, para el Partido Republicano de los Estados Unidos.
- personal político que, huérfano de liderazgos de calidad, se configuró como clase con intereses propios, adicta a los privilegios y administrada por operadores;
- administración pública progresivamente más frondosa e ineficiente, como efecto directo del clientelismo de los partidos y la resignación o ineficiencia de los gobiernos;
- delincuencia nativa que, con base en la debilidad del poder político, comenzó a empalmar con la delincuencia transnacional, desbordando a policías y jueces;
- policías y jueces que, ante la relativa impavidez o impotencia del poder político, se dejaron atemorizar o corromper, contribuyendo al incremento de la inseguridad ciudadana;

- inmigración en crecimiento exponencial, que liberó a gobernantes autocráticos de sus “excedentes políticos” y complicó la gestión de los gobernantes receptores, carentes de una política eficiente e inhábiles para una réplica conjunta, y
- Fuerzas Armadas tensionadas por una difícil relación histórica con la autoridad civil y/o bajo presión endógena y exógena para su intervención política.

No son pocos quienes, visto lo anterior, están cuestionado aquel aforismo según el cual “sin partidos políticos no hay democracia”. La ciudadanía actual lo percibe como una identificación abusiva.

EL DESENCANTO MEDIDO

Es un hecho que, en el mundo occidental que nos comprende, los políticos profesionales no están cumpliendo a cabalidad el rol de representantes de la sociedad civil. Es un vacío que están llenando organizaciones sociales de carácter temático y políticos antipolíticos, promovidos desde los medios y las redes sociales.

El fenómeno ha sido advertido por muchos analistas y medido por casi todos los encuestadores. Según Timothy Snyder, académico de la Universidad de Yale, “la democracia está fracasando no sólo en gran parte de Europa, sino en muchos otros lugares del mundo”⁵.

Según reciente informe del Centro para el Futuro de la Democracia de la Universidad de Cambridge, desde Europa hasta África, así como en Asia, Australia, América y Oriente Medio, la proporción de personas insatisfechas con la democracia ha aumentado desde el 47,9% al 57,5% a contar de mediados de los años 90. En los Estados Unidos la insatisfacción ha aumentado un tercio desde la década mencionada y está alcanzando de lleno a democracias de países gigantes, como Brasil o México, y a una democracia tan histórica como la del Reino Unido⁶.

⁵ Timothy Snyder, *Sobre la tiranía*, publicado en castellano por Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2017, pg.139.

⁶ *Global Satisfaction with Democracy 2020*. Centre for the Future of Democracy. Cambridge, United Kingdom, January 2020.

En América Latina, antes de la COVID-19, la encuesta Latinobarómetro había llegado a similares resultados. En su informe de 2017, respecto de la pregunta de si es posible erradicar la corrupción de la política, dijo que el 50% de los encuestados responden que “sí” y el 43% que “no”. En relación con ello, las demandas de “mano dura” (autoritarismo político) estaban alcanzando cotas altas, incluso en los tres países con mayor tradición democrática: Costa Rica (78%), Chile (75%) y Uruguay (71%). En varios países de la región, más del 50% de la población creía que no era dable recuperar la credibilidad de la política. En cuanto a las ideologías políticas, afirmaba que “la izquierda y la derecha siguen existiendo, pero su incidencia en lo que sucede es cada día menor”.

Más grave aún, la encuesta de 2018 ratificó la mala percepción social sobre los políticos, con la consiguiente desconfianza hacia los partidos y el alto nivel de inconformidad con la democracia. También incluyó una advertencia ominosa: “lo que cinco años atrás era tolerable, hoy no lo es”⁷.

En cuanto a la encuesta de este año, es llamativo verificar que, en el caso de Chile, ubica a los partidos en el último lugar del aprecio ciudadano (9%), a las Fuerzas Armadas en el tercer lugar (51%) y a Carabineros en el sexto (37%)

PELIGROSA DESAPRENSIÓN

Ante análisis y mediciones como los anteriores, los operadores de los partidos solían expresar (o fingir) tranquilidad. Daban a entender que se podía surfear sobre los pesimismos y las malas cifras pues, incluso en el marco de una democracia poco representativa, la gente es libre para votar o no votar. Añadían que, a diferencia de los ciclos dictaduras/democracias, hoy solo estamos hablando de democracias más o menos imperfectas. En cuanto a la corrupción, serían gajes del desarrollo. En todas partes existe y “otros países están peor” (Rodríguez Elizondo, 2018)⁸.

⁷ Recuperado de <http://www.latinobarometro.org/latNewsShow.jsp>

⁸ En mi Historia de la relación civil-militar en Chile reconozco que, por excepción, hubo políticos chilenos que reconocieron la existencia de una “ideología de la corrupción” y de una “grave situación de estupidez nacional”.

Ante tamaña desaprensión, cabe recordar que, en los ciclos democracias/dictaduras, antes de y durante la Guerra Fría, se valoraba culturalmente la democracia por su propio mérito y también como objetivo final. Para los dictadores, parafraseando a Oscar Wilde, era “el homenaje que el vicio rinde a la virtud”. Por otra parte, la tolerancia con las “imperfecciones” tiene límites y éstos ya fueron definidos precozmente por Guy Hermet: “a veces son preferibles regímenes autoritarios liberalizados a las seudodemocracias corrompidas”⁹.

Hay que asumir, por tanto, que la pandemia nos cayó encima en una etapa de desvalorización de la democracia. Cuando los hechos negaban, incluso, el aprecio minimalista de Karl Popper, para quien su mérito esencial es que permite zafar de los malos gobernantes “sin derramamiento de sangre, por medio de una votación”.

Como se sabe, hay gobernantes elegidos que, para mantenerse en el poder, se muestran más que dispuestos a asumir la ordalía de la sangre.

PRECEDENTES E INTERROGANTES

En cuanto catástrofe global, la pandemia está acentuando el descrédito de los políticos. Algo similar sucedió en el marco de las dos guerras mundiales, cuando intelectuales de prestigio denunciaron que los partidos, débiles o renuentes para sostener la democracia, habrían catalizado las grandes conflagraciones.

Un ejemplo emblemático para América Latina fue un resonante discurso, de 1914, del intelectual argentino Leopoldo Lugones. Arremetiendo contra la democracia representativa, planteó que “ha sonado otra vez, para bien del mundo, la hora de la espada (...) esta hará el orden necesario que la democracia ha malogrado hasta hoy”¹⁰. En Francia, durante la Segunda Guerra Mundial, la reconocida intelectual Simone Weil produjo un texto condenatorio para la democracia de partidos: “el único fin de todo partido político es su propio crecimiento y ello sin el menor límite (...) el hecho de que existan no es en absoluto un motivo

⁹ Presentación: ¿la hora de la democracia? Revista internacional de Ciencias Sociales. Paris: UNESCO, junio de 1991.

¹⁰ Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=C1kmJysoxMU>

para conservarlos” (Weil, 2014). Actualmente, el historiador norteamericano Federico Finchelstein ha manifestado su temor a la ineficiencia de los partidos políticos democráticos. Observando el proceso italiano, alertó sobre la posibilidad de “pasar del populismo al fascismo, una formación política que pretende destruir la democracia mediante la violencia política y la dictadura” (Finchelstein, 2018).

Hoy el fenómeno se está repitiendo y con más fuerza, dado que la desconfianza en los políticos profesionales, profundizada por la pandemia, está coexistiendo con la hiperfragmentación social, fruto principal del crecimiento demográfico, las inequidades sociales y las nuevas tecnologías de la información.

De esa hipercomplejización deriva una normalización de lo que antes parecía burla, rechazo o simple extravagancia, como la candidatura a alcalde de Sao Paulo de la rinoceronte Cacareco, en 1959. Actualmente, a los cargos de representación política, incluyendo jefaturas de Estado, están llegando rostros de la televisión, figuras de la farándula, deportistas famosos y hasta desnudistas.

Es un cuadro que induce las siguientes interrogantes específicas:

- ¿Son los partidos políticos los proveedores principales de personal para la gestión de las democracias vigentes?
- ¿Puede recuperarse el prestigio de la democracia representativa en los “países periféricos” sin el apoyo de las democracias de los “países centrales”?
- ¿Es válida como alternativa una “democracia autoritaria”?
- ¿Qué contenido tiene hoy la díada derechas/izquierdas?
- ¿Puede funcionar un sistema democrático sin un “centro-bisagra” poderoso?
- ¿Qué rol está jugando la información política de las redes sociales?
- ¿Qué rol está jugando el sistema educacional en todos sus niveles?
- ¿Es dable seguir soslayando que la crisis de los políticos potencia el rol político de los militares?

Todo lo cual podría sintetizarse en una sola interrogante:

¿Podrán los partidos y políticos realmente existentes sostener los sistemas democráticos, durante y después de la pandemia, sin antes efectuar una profunda reingeniería sobre sí mismos?

JÓVENES BAJO LA LUPA

Visto que la biología es inexorable, entre los jóvenes estudiantes de hoy están los dirigentes políticos del futuro. Por tanto, también deben ser puestos bajo la lupa, para saber si son o no funcionales a la reafirmación de la democracia amenazada y a la recuperación de su capital cultural.

Lo primero observable es que ya no estamos ante la brecha generacional de ataño, que se solucionaba con la adultez. Para entenderlo, basta contrastar a los estudiantes universitarios de hoy con los de la Guerra Fría que, militantes o no, se autorreconocían como relevo natural de los políticos adultos y se entregaban con pasión a las “grandes causas”.

En ese contexto, leían la prensa afín, sabían que su mérito académico los calificaría como actores públicos, asumían el sistema democrático a su modo y manejaban tesis doctrinarias de manera coherente. Además, se insultaban poco, ignoraban el bullying, dialogaban con sus profesores y no se les ocurría maltratar los símbolos de la nación ni vandalizar sus *campus* y ciudades.

Aquello hizo de la universidad una estación de tránsito para muchos jefes de Estado y forjó una noble tradición de simbiosis entre la cultura, la ciencia y la política. En la Universidad de Chile esto se reflejaría en el “Edificio de los Presidentes” (exalumnos de la Facultad de Derecho) y en rectores tan eminentes como Juvenal Hernández, Juan Gómez Millas, Eugenio González y Edgardo Boeninger, cuya sensibilidad universitaria se superponía a sus distintas sensibilidades políticas.

Para los jóvenes independientes, los políticos adultos eran un referente real (bueno o malo) y para los militantes, eran los jefes naturales. La resistencia violenta contra “el sistema”, que emergió con la revolución cubana, se reducía a una minoría de jóvenes ultrarradicalizados, que combatía a los jóvenes sistémicos de izquierda y potenciaba a los

de ultraderecha. Agréguese que muchos de ellos fueron víctimas de las dictaduras o salieron al exilio. Esto hizo que la mayoría de los sobrevivientes y retornados revalorizara la democracia perdida y entendiera que no era simplemente formal.

En resumidas cuentas, desde una pluralidad de sensibilidades o tras escarmientos duros, los jóvenes políticamente activos de antes asumieron que no había sustituto mejor para la democracia.

LA UNIVERSIDAD TAMBIÉN CAMBIA

Cuatro décadas después, aquellos jóvenes ya no son lo que eran. Son jóvenes nuevos, que no dimensionan la amenaza que se cierne sobre la institucionalidad democrática, por cinco razones principales: carecen de memoria propia sobre las dictaduras, la Guerra Fría es un recuerdo de sus abuelos, en vez de “grandes causas” tienen causas temáticas, los sistemas educacionales les escamotearon contenidos cívico-humanistas y los partidos políticos dejaron de formar “cuadros”.

Sin esos anclajes, su aprendizaje político ha sido empírico y doméstico. Fue como si los grandes poderes hubieran decidido que, sin enemigo estratégico a la vista, la democracia era un valor tan evidente que les llegaría sin necesidad de conocer la Historia. Esto es, sin pasar por los tamices del pensamiento crítico, el debate contradictorio ni la información prolija. “Sin relato”, como dicen los simplificadores amenos.

Reciclada con la ideología del Estado subsidiario, esa negligencia fukuyamesca encarnó en los jóvenes universitarios. En lo académico, se reflejaría en la opción por acceder más rápido a los mercados laborales, mediante controles más leves, “carreras” más cortas, inclusión masiva y búsqueda afanosa de autofinanciamiento. En lo político, se reflejaría en su percepción de los partidos tradicionales como agencias de empleo para gente no calificada, y en su identificación de los diplomas propios como pasaportes para el reino de los altos cargos.

Ha sido un proceso de renuncia a la excelencia profesional o científica y de resignación a un profesionismo simple, en detrimento del *ethos* propio de una “enseñanza superior”. Como resultado, la comunidad universitaria de antaño, con autoridades y maestros que privilegiaban

el saber, jerarquías estamentales claras y respetos mutuos, hoy es una formulación retórica. Ha sido reemplazada por clivajes triestamentales de estudiantes, profesores y funcionarios, con intereses políticos más de facción que de progreso-país.

En esta nueva realidad, los estudiantes vocacionados y de excelencia sobreviven, pero en campus problemáticos. Ya no son el espacio natural para que protagonicen debates informados, con respeto a la libre expresión. Hoy suele imponerse la violencia del verbo, de las “tomas” y las “funas”, con su derivado ineludible de autocensura. Esto explica por qué demasiados jóvenes “no están ni ahí” con la institucionalidad política y ni siquiera con la institucionalidad universitaria. En la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (FECH), semillero histórico de políticos y gobernantes, ni siquiera ha habido *quórum* para legitimar sus últimas dos directivas. En las elecciones de este año solo votó un 14,33% de los estudiantes, repitiendo el fenómeno de la elección anterior. Por mandato estatutario, la organización debe ser refundada.

Esto ratifica que las acciones políticas estudiantiles, en supuesta representación de “el pueblo” y contra “el sistema”, poco o nada tienen que ver con la democracia. Sociológicamente, son casos de hegemonía fáctica de las minorías coherentes, que subordinan a las mayorías inorgánicas o silenciosas. Además, por darse en los espacios universitarios, validan lo que Max Weber definiera hace un siglo, en Alemania, como la incompatibilidad entre el científico y el político. El primero con su vocación incondicional por la verdad, y el segundo con el reflejo de reconocerla solo cuando lo favorece o no lo perjudica.

FUENTE DEL PODER JUVENIL

El ágora de los nuevos jóvenes hegemónicos es “la calle” y su panoplia está en sus teléfonos inteligentes. Celular en mano, algunos actúan liderando manifestaciones ciudadanas de protesta, junto a diversos actores sociales. Otros actúan de consuno con políticos antisistémicos y social-marginales, levantando barricadas, aplicando el fuego purificador, destruyendo mobiliario ciudadano y derribando las estatuas que se les pongan por delante.

Antes y durante la pandemia han lucido una buena capacidad de convocatoria en América Latina, los Estados Unidos, Europa e incluso en ciudades asiáticas como Hong Kong. La clave de esa capacidad — mayor que la de los políticos incumbentes— está en las redes sociales (RRSS) y su batería instrumental de *emails*, *blogs*, Facebook, Twitter, Instagram, Youtube y Whatsapps. Tecnologías creadas por jóvenes universitarios, como Bill Gates y Mark Zuckerberg, que solo han sido asumidas —parcialmente y con retardo— por los adultos menos ancianos.

Lo decisivo ha sido que, navegando en esos espacios, los nuevos jóvenes —politizados o no— terminaron inventando un paralelenguaje oral, escrito e icónico, de fácil acceso, que hoy es su lengua materna. Iniciaron, así, la fase de la comunicación *online* (COL), la cuarta en la historia de la comunicación social, tras las de la oralidad, escritura y audiovisualidad. Para calibrar su impacto, baste consignar que, según encuestas especializadas, solo en los Estados Unidos dos tercios de las personas se informan en las RRSS y un 50% lo hace como su primera fuente de información.

En la base del fenómeno está una característica imponente: su inédita rapidez. COL mediante, la información se procesa “ipsófácticamente”, sintetizando los clásicos tres tiempos de la prensa-papel: el del acontecimiento, el del procesamiento y el de la distribución. Esto tiene un colofón que puede ser un prefacio si aceptamos, con Marshall McLuhan, que los medios no son solo rutas de información. Simultáneamente, modelan y modulan el pensamiento.

La COL estaría confirmando ese aserto. Hoy es evidente que sus mensajes facilitan o inducen una manera de pensar diferente, idónea para crear culturas propias y nuevos posicionamientos. Ahí estaría la clave de ciertas opciones gruesas de los nuevos jóvenes, entre las cuales las siguientes tres:

1. el mejor político es el que menos político parece;
2. en vez de sistemas políticos obsoletos, hay que crear una politicidad propia, y
3. formas de esa politicidad están lejos de las que emplean los anquilosados políticos de izquierdas y derechas.

Desde esa perspectiva, la politicidad estudiantil es un enigma en desarrollo, lejano al viejo aforismo sobre el corazón rebelde de los jóvenes, contrapuesto a la sensata cabeza de los adultos. Equivale, más bien, a una ruptura generacional que nos interpela a todos.

Quizás lo único que puede estar claro es que esa politicidad viaja por senderos que se bifurcan. Uno podría conducir a la reinención de las democracias agotadas y, el otro, a una confrontación ruda con resultados variables. Si la primera opción puede derivar en sistemas democráticos renovados, nada garantiza que la segunda abra paso a una democracia mejor.

LOS MILITARES BAJO LA LUPA

En cualquier país —y Maquiavelo lo explicó a cabalidad— la relación de los gobernantes con la fuerza institucional está en la base misma de su poder. En las dictaduras el fenómeno es transparente, pues solo la fuerza les permite sobrevivir. En las democracias la situación es distinta, pues en ellas se da una tensión estructural entre el pluralismo político —con su panoplia de libertades— y la capacidad de control social coercitivo.

En épocas de normalidad, cuando la relación entre los gobernantes y la fuerza transcurre sin sobresaltos, esa tensión es socializable. Se acepta que los militares existen para velar por la seguridad del país, y los policías por la de sus habitantes. Incluso pueden ser nombrados ministros de carteras poco políticas, en virtud de alguna tecnicidad especial. Distinta es la situación en épocas convulsionadas, pues entonces la fuerza institucional emerge como la última *ratio* o la némesis de las fuerzas políticas en pugna. Fuera de los golpes clásicos, hay dos ejemplos de antología en América Latina. Uno es el “gabinete de seguridad nacional”, instalado por Salvador Allende en 1972, integrado por los comandantes en jefe de las tres armas y el director general de Carabineros. El otro es el copamiento del poder político por las Fuerzas Armadas de Uruguay, en 1973, tras un pacto tácito con el presidente Juan María Bordaberry.

La mala noticia es que la normalidad democrática post Guerra Fría apenas duró década y media. Comenzó a deteriorarse antes de la pandemia, cuando la desaparición del “enemigo estratégico” y la resurrección

de algunos ideologismos revolucionarios indujeron la desvalorización del *establishment* militar. En el nuevo contexto, era menos funcional como base logística para la superpotencia hemisférica, y menos necesaria como factor dirimente en los conflictos políticos nacionales. Esto se reflejaría en protocolos oficiales normalizados, presupuestos públicos más ajustados y la ascensión de Donald Trump al gobierno de los Estados Unidos.

Pero también hay causas remotas de mayor impacto, con Chile como paradigma penoso. Tras casi medio siglo, el síndrome de las heridas abiertas durante la dictadura del general Pinochet sigue vigente y encarna en dos minorías coherentes que se reciclan: la de las víctimas de la dictadura y la de los seguidores supérstites del dictador. La irreductible vigencia de ambas minorías puede explicarse por múltiples razones, entre las cuales la falta de voluntad política para cerrar las heridas, la soberbia de determinados violadores castrenses de derechos humanos, la decadencia de un poder espiritual idóneo para arbitrar la reconciliación, el ideologismo de quienes conciben a las Fuerzas Armadas como simple instrumento de represión de una clase social, la ignorancia de los políticos sobre la capacidad polivalente de los militares, el impacto en los militares de los privilegios que se autoconceden los políticos y el impacto en los civiles de los casos de corrupción en los militares.

ASIMETRÍA EN LA BASE

Aquel clivaje está muy en el talante chileno, caracterizable por soslayar lo anómalo, hasta que se enquistaba y se vuelve intratable. Lo singular es que, en paralelo con el síndrome de rechazos sectoriales, la realidad ha potenciado la autoestima militar y mostrado el aprecio de las mayorías civiles. Es lo que emana de las encuestas antes mencionadas.

Aquello sucedió por la percepción de un contraste en desarrollo. Del lado castrense estaban la coherencia, tecnicidad y disciplina, propias de su profesionalidad cerrada. Por parte de lo político-civil estaban la profesionalidad escasa, la ineficiencia en la administración del Estado y el desprestigio creciente de los partidos y sus políticos.

La plataforma de ese contraste está en los distintos sistemas educacionales. El de los militares, con redes de colegios, academias e institutos, hoy está produciendo jefes y líderes bajo la presión del perfeccionamiento continuo. Esto implica segundo idioma, estudios homologables con los de la enseñanza superior, posgrados universitarios, intercambios con academias civiles y, en todo momento, calificaciones institucionales que permiten mantener la forma de la pirámide, sin trucos ni interferencias demasiado visibles.

También está la internacionalización programada. Comprende destinación a misiones diplomáticas, intercambio con otras academias militares, conferencias internacionales de altos oficiales y prestación de servicios a la ONU y organismos de su sistema. Como resultado, los intelectuales castrenses ya no se limitan a los autodidactas y se ha reducido el grave riesgo de los altos mandos rústicos (“espadones” o “militarotes” en la jerga regional).

Los civiles, por su lado, son víctimas de un sistema educacional en crisis desde el nivel preescolar al superior. La tardanza y/o falta de consenso político para actuar sobre el problema lo ha agravado a ritmo casi exponencial. Ya vimos, respecto al sistema universitario, como determinadas reformas menoscabaron la calidad de la formación académico-científica y, por tanto, la calidad de los políticos del futuro.

El personal civil de la administración del Estado, por su parte, no cuenta con los incentivos propios de una carrera con pautas objetivas de ingreso y promoción. Los sistemas de calificación suelen aplicarse con más resquicios que rigor. En el horizonte funcionario no está el aprendizaje de idiomas, los estudios de perfeccionamiento solo por excepción tienen patrocinio fiscal y la administración de las becas suele estar aportillada por la ineficiencia o el nepotismo. En cuanto a la internacionalización funcional, básicamente se limita a la designación (por riguroso cuoteo) de “agregados” a las misiones diplomáticas. Como su nombre lo indica, son marginales a la carrera diplomática e incluso pueden ser ajenos a la administración del Estado.

En estas circunstancias, el servicio público civil tiende a ser escenario de una pugna entre “los apitutados” y “los que trabajan”, que retroalimenta la corrupción. Los altos cargos de confianza política son dema-

siados y, en casos de inepticia, suelen seguir donde están o ser asignados a otros cargos importantes, pues no hay nada que se parezca a la responsabilidad del mando. Solo las denuncias de la prensa más un fuerte rechazo de la opinión pública puede inducirlos a que se autocastiguen “dando un paso al costado”.

Fuente principal de esta asimetría laboral ha sido el clientelismo de los partidos políticos y su derivado: la falta de profesionalismo en la administración civil del Estado.

LA POLITICIDAD MILITAR

Desde la perspectiva de su rol primario, las instituciones castrenses son parte del *continuum* política-estrategia y, por su deber de obediencia al poder legítimo, configuran un subsistema político de facto.

Sobre esa base, es imposible que los militares sean neutrales respecto de las crisis del sistema político que los comprende. Se han escrito bibliotecas al respecto. Se comprenderá, por tanto, que, en el delicado momento actual de las democracias, agudizado por la pandemia, la no deliberación sea una especie de arcaísmo. Es más plausible ese “derecho a la opinión” por conducto regular, que les reconocía en Chile el ex-canciller Enrique Silva Cimma ((Rodríguez Elizondo, 2018, pp. 208-212).

Dada esa realidad, la actitud de los políticos —y de los civiles por extensión— no debiera reducirse a la exégesis de los textos jurídicos. Desde antes de Maquiavelo se sabe que la legitimidad de los ejércitos suele prevalecer sobre la legalidad de sus acciones. Por ello, los gobernantes sabios debieran intervenir los legados de antagonismo entre las minorías coherentes antes mencionadas y promover políticas que potencien la educación cívica. Resignarse a una mala relación civil-militar no es una opción inteligente y la reconciliación no debiera ser vista como una utopía.

De manera simultánea, esos gobernantes deben aprender a decodificar las señales de neutralidad que emiten los altos mandos. No siempre garantizan que se mantendrán como espectadores de procesos que estimen atentatorios contra la integridad del Estado. En un contexto de políticos impopulares, ciudadanos inseguros, administración inefi-

ciente, economía apremiante y pandemia catalítica, pueden significar algo distinto. Por ejemplo, que ya no es viable el tipo de intervención ideologizada y brutal que lideraron los dictadores militares emblemáticos. Para buenos entendedores, esto significa que puede haber intervenciones de otro tipo.

Por lo demás, es una decodificación con precedentes a la vista. Ahí está la presencia de ex altos mandos brasileños en ministerios estratégicos del gobierno de Jair Bolsonaro. Y ya se ha visto —antes y durante la pandemia— que la acción por omisión puede ser una forma sofisticada de intervención castrense. Fue lo que definió el exilio del expresidente boliviano Evo Morales y facilitó al presidente peruano Martín Vizcarra la disolución del Congreso.

EL DESLIZAMIENTO

¿Y qué sucedería si gobernantes y políticos siguen optando por la inercia?

Dado que la supremacía del poder civil y la subordinación del poder militar hoy cuelgan de un hilo cultural, las democracias supérstites podrían chocar con una mala alternativa, proyectable al mundo de la pospandemia. Una sería el estancamiento precario en el equilibrio inestable, con todas sus incertezas y amenazas. La otra sería ese deslizamiento del poder político, que antes de la pandemia definí como “pasar desde el control civil del poder militar al control militar del poder civil, sin ruido de sables ni quebrazón de leyes y hasta sin necesidad de ‘pronunciamiento’” (*Id.*, 218).

Esta hipótesis no equivale a esos episodios en que las Fuerzas Armadas, sin llamar a zafarrancho de combate, se incorporaron al poder político, como en los casos de autogolpe del presidente peruano Alberto Fujimori, de 1992, y el ya mencionado del presidente uruguayo Bordaberry en 1973. En ambos casos no hubo deslizamiento del poder, sino golpes militares consensuados con los gobernantes incumbentes. Tampoco equivale al caso de los militares venezolanos quienes, tras apoyar el gobierno autoritario del coronel Hugo Chávez, hoy son la fuerza política real tras la dictadura del civil Nicolás Maduro. Este es uno de

los efectos colaterales más retrógrados de la relación político-militar de la post Guerra Fría.

EPÍLOGO CON DECÁLOGO

1. Con el mérito de lo analizado, existe la posibilidad de que el coronavirus sea el agente catalizador de un OM casi racional (o no confrontacional) pues, salvo prueba en contrario, es un virus ajeno a la política y a las religiones.
2. Tal posibilidad “macro” tiene un condicionamiento que no es “micro”: que los Estados Unidos se liberen de políticos polarizadores, como Donald Trump, para que la superpotencia occidental pueda volver a jugar un rol de liderazgo, o simplemente positivo en las relaciones internacionales.
3. El eventual nuevo OM tendrá como plataforma económica la convergencia en el modo de producción de las potencias desarrolladas, que ya puso fin al centralismo colectivista con pretensiones hegemónicas. Pandemia mediante, esto ya se está reflejando en un consenso básico sobre la inevitable intervención de los Estados, lo necesario de su concertación internacional, el retroceso del capitalismo depredador y su mutación en uno de rostro humano.
4. En lo político, la experiencia y la Historia enseñan que los Estados Unidos del destino manifiesto no pudieron imponer la democracia a muchos países de su órbita geopolítica, y que la Unión Soviética no pudo imponer su liderazgo comunista a la República Popular China. No es realista, por tanto, pensar como viable un nuevo OM con ideologías escatológicas o cláusula democrática de ingreso.
5. Del punto anterior se desprende que seguirá instalada la incógnita sobre la evolución de los países capitalistas bajo regímenes de partido único, como China, correlativa con la del futuro de la debilitada democracia pluripartidista en Occidente. Ambos misterios sugieren que, para proyectarse en un OM no confrontacional, los dirigentes comunistas tendrían que asumir una transparencia de estirpe democrática, y los gobernantes democráticos deberían asumir una reingeniería que aleje los peligros de la polarización y el autoritarismo.

6. La posibilidad de una reingeniería en los sistemas democráticos depende de la renovación interrelacionada de tres actores estratégicos: los políticos sistémicos, los estudiantes universitarios y los militares profesionales. Mucho ayudaría a esa renovación el que mejore el estatus de los profesores de Historia y las potencias democráticas desarrolladas recuperen el liderazgo del ejemplo.
7. Si se dan las condiciones positivas mencionadas, el nuevo OM superaría la contradicción flagrante del OM de la Guerra Fría, con su bipolaridad beligerante en los hechos y su multilateralismo igualitario en el Derecho Internacional. Por lo mismo, la ONU, que representa los intereses congelados de cinco potencias eventualmente en pugna, debiera reemplazarse por una organización que represente al mundo en fragua. Esto es, uno en el cual, tras la recuperación democrática de los Estados Unidos, coexistan modos de producción homologables, sistemas políticos diferentes y liderazgos no confrontacionales.
8. En lo militar, ese nuevo OM consolidaría el fin del “equilibrio del terror” como factor disuasivo entre las potencias mayores. En paralelo, unificaría su interés en impedir que el poder nuclear sea ejercido por potencias menores o por organizaciones no estatales, eventualmente terroristas. Es una posibilidad que comenzó a visualizarse tras el ataque a las Torres Gemelas, en 2001, cuando el poder militar norteamericano se vio sin enemigo representado en la ONU y, por tanto, sin sujeto al que aplicar medidas legítimas de retorsión.
9. Respecto de los problemas globales de la humanidad y con la experiencia de la pandemia en curso, un nuevo OM obligaría a revisar señales como las del Informe sobre los Límites del Crecimiento del Club de Roma (1969). Fue prologado por U Thant, ex Secretario General de la ONU, bajo la advertencia (ejecutada) de que, si no se atendían en los próximos diez años, “los problemas del planeta habrán alcanzado proporciones tan escalofriantes que seremos incapaces de controlarlos”.
10. Como conclusión para latinoamericanos —con mención especial a Chile—, el desafío actual consiste en participar en un nuevo OM manteniendo la democracia representativa y sin morir en el intento. Dado que el contexto hemisférico y global dejó de ser estimulante,

los líderes actuales y del futuro tendrán que aplicarse para hacer de la necesidad virtud. Para ese efecto, sería aconsejable que memorizaran un viejo aforismo levantino: “si estamos ante un callejón sin salida, la única salida está en el callejón”.

BIBLIOGRAFÍA

- Brzezinski, Z. (1977). *El gran tablero mundial: la supremacía estadounidense y sus imperativos geoestratégicos*. Barcelona: Paidós.
- Brzezinski, Z. (1989). *El gran fracaso. Nacimiento y muerte del comunismo en el siglo veinte*. Buenos Aires: Producciones Gráficas VERLAP S. A.
- Centre for the Future of Democracy. (2020). *Global Satisfaction with Democracy 2020*. Cambridge, United Kingdom: Centre for the Future of Democracy.
- Finchelstein, F. (22 de febrero de 2018). Italia: los fantasmas del fascismo. *Clarín.com* Opinión. Recuperado de https://www.clarin.com/opinion/italia-fantasmas-fascismo_0_BkwhpPoDG.html
- Gorbachev, M. (April 15, 2020). When the Pandemic Is Over, the World Must Come Together. *Time*. Recuperado de <https://time.com/5820669/mikhail-gorbachev-coronavirus-human-security/>
- Kissinger, H. (2012). *China*. Random House Mondadori.
- Kissinger, H. A. (April 3, 2020). The Coronavirus Pandemic Will Forever Alter the World Order. *The Wall Street Journal*. Recuperado de <https://www.wsj.com/articles/the-coronavirus-pandemic-will-forever-alter-the-world-order-11585953005>
- Richard Nixon, R. (1980). *The Real War*. Grand Central Publishing.
- Rodríguez Elizondo, J. (2018). *Historia de la relación civil-militar en Chile*. Santiago Chile: FCE.
- Snyder, T. (2027). *Sobre la tiranía*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- UNESCO. (1991). Presentación ¿la hora de la democracia? *Revista Internacional de Ciencias Sociales* La hora de la democracia. París, UNESCO.
- Weil, S. (2014). *Nota sobre la supresión general de los partidos políticos*. Palma de Mallorca, España: José J. de Olañeta.

José Rodríguez Elizondo es escritor, periodista, académico, exdiplomático y excrítico de cine. Ha vivido en la ex República Democrática Alemana, Perú, España e Israel. Entre sus libros de la última década están *Historia de la relación civil-militar en Chile* (2018), *Todo sobre Bolivia* (2017), *Historia de dos demandas: Perú y Bolivia contra Chile* (2014), *El mundo también existe* (2014), *Guerra de las Malvinas, noticia en desarrollo* (2012), *Temas para después de La Haya* (2010) y *De Charaña a La Haya* (2009).

Fue abogado de la Contraloría General, Fiscal de la Corfo, directivo de la ONU, editor internacional de la revista peruana *Caretas*, director de Cultura e Informaciones de la Cancillería y embajador en Israel.

Actualmente se desempeña como profesor titular de la Universidad de Chile y director del Programa de Relaciones Internacionales de la Facultad de Derecho de dicha casa de estudios, donde publica la revista *Realidad y Perspectivas*.

En 1984, el jurado del Premio Rey de España le otorgó el galardón a la mejor labor informativa. También ha sido reconocido con el Diploma de Honor de la Municipalidad de Lima, el Premio América del Ateneo de Madrid y el Premio Internacional de la Paz del Ayuntamiento de Zaragoza. Es miembro de número de la Academia Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y Morales.

PANDEMIA Y DERECHO INTERNACIONAL

CLAUDIO GROSSMAN¹

RESUMEN

La pandemia actual ha cobrado un tremendo precio a la humanidad. A la fecha, más de un millón de personas han fallecido, varios millones han sido infectadas y no se vislumbra un final para las trágicas consecuencias que la COVID-19 ha infligido a las personas. La pandemia ha afectado a todas las naciones, debido a las interconexiones en numerosos campos, incluido el comercio, las inversiones y el turismo, que, como resultado de la globalización, han multiplicado los contactos entre las personas. No obstante, la pandemia ha demostrado también que las poblaciones más vulnerables son las que más sufren. Los países con sistemas de salud inexistentes o subdesarrollados tienen una capacidad limitada para adoptar medidas preventivas y/o responder con éxito a la pandemia. En general, las poblaciones vulnerables se ven más afectadas, debido a la pobreza, la falta de conocimientos sobre salud, el acceso a la tecnología o prácticas discriminatorias profundamente arraigadas. La pandemia también ha demostrado que las posibilidades internacionales para afrontar con éxito este tremendo desafío son enormemente insuficientes.

Palabras clave: pandemia, Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión de Derecho Internacional (CDI), grupos vulnerables, COVID-19.

¹ Profesor de Derecho y Decano Emérito, y R. Geraldson Scholar for International and Humanitarian Law, American University Washington College of Law; Miembro de la Comisión de Derecho Internacional (CDI) de la ONU; Miembro del Institut de Droit International (IDI); ex presidente de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), del Comité contra la Tortura y de los Órganos de Tratados de Derechos Humanos de la ONU.

Para los propósitos de este documento, y de acuerdo con las definiciones reconocidas internacionalmente, una *epidemia* es una enfermedad infecciosa que se propaga rápidamente a un gran número de personas en diferentes países en un corto periodo de tiempo (OMS, 2018). Por el contrario, una *pandemia* es una epidemia no estacional que se produce en todo el mundo, o en un área muy amplia, que cruza fronteras internacionales y suele afectar a un gran número de personas (Kelly, 2011).

Este artículo explica por qué es necesario crear una colaboración global efectiva, que incluya medidas preventivas y reactivas, el fortalecimiento de los mecanismos nacionales e internacionales, y el desarrollo de todas las áreas del Derecho que podrían contribuir a la prevención o respuesta efectiva a la salud global futura. Actualmente, existe un mosaico de diferentes disposiciones legales, creando múltiples normas superpuestas, que carecen de coordinación y efectividad. Las normas legales más completas están incluidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, en la pandemia actual se ha demostrado que estos deben desarrollarse y fortalecerse más. Adicionalmente, es fundamental considerar aspectos como la aplicabilidad de las disposiciones de derechos humanos y derecho humanitario, regulaciones de comercio y transporte, consideraciones ambientales, etc., cuya relevancia también ha sido demostrada por las deficiencias que hemos presenciado en la prevención y reacción a la situación actual.

Este documento se referirá, en primer lugar, a la historia de las pandemias en el mundo, como recordatorio de que este fenómeno no es simplemente un fenómeno raro. Además, la historia de las pandemias demuestra el peligro que representan las crisis de salud mundial para la continuación de la vida y el impacto que tienen en la sociedad. Luego, el documento analizará el RSI de 2005, porque es el instrumento legal más completo que específicamente pretende regular el campo de la salud global. Luego, el documento se referirá a otras áreas del Derecho que son de importancia fundamental para el objetivo final de la protección de las personas. Por último, se presentará posibles formas de avanzar, incluida la acción de la Comisión de Derecho Internacional (CDI).

La CDI fue establecida por la Asamblea General de la ONU en 1947. De acuerdo con el Artículo 31 de la Carta de la ONU, la CDI está a cargo de realizar estudios y hacer recomendaciones con el propósito de codificar y desarrollar progresivamente el Derecho internacional. Integrada por treinta y cuatro juristas independientes, de todos los grupos regionales, que satisfacen los más altos estándares en sus profesiones, la CDI ha contribuido a la creación de la arquitectura jurídica de la comunidad internacional².

Este artículo destaca que cualquier instrumento eficaz, encargado de prevenir y reaccionar ante pandemias, debe hacer de la protección de las personas un objetivo esencial del proyecto. La aclaración de este objetivo tiene importantes consecuencias legales, entre ellas el hecho de que, al anteponer a las personas, toda interpretación de los textos legales, en caso de duda, favorecerá la interpretación más favorable para la protección de las personas³. Este artículo muestra la necesidad de un esfuerzo coordinado para enfatizar la cooperación internacional, así como la necesidad de definir la responsabilidad del Estado y de las organizaciones gubernamentales internacionales en este campo. La necesidad de fortalecer la cooperación juega un papel importante en la protección de los derechos humanos y de los más vulnerables, particularmente en tiempos de emergencia. Además, este artículo destaca la importancia de las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los científicos y la prensa libre, para hacer frente a esta crisis existencial. La pandemia actual ha demostrado el papel vital de la sociedad civil a la hora de proporcionar información, consejos, críticas y aumentar el acceso al conocimiento para la sociedad en general.

² Debido a su composición y métodos de trabajo, que incluyen el diálogo interactivo con los Estados, la CDI está bien preparada para abordar las complejidades que implica enfrentar crisis existenciales, como las pandemias. La CDI tiene una larga historia de trabajo influyente en el campo del Derecho internacional; por ejemplo, la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados fue redactada por primera vez por la CDI antes de ser adoptada en la Convención de Viena en 1969. Ver Naciones Unidas, *Comisión de Derecho Internacional*, <https://legal.un.org/CIT/> (proporcionando más información sobre las contribuciones del CIT) (en inglés).

³ Esto está establecido por las normas de interpretación establecidas en los artículos 31 y 32 de la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, y además aplicada por los órganos judiciales internacionales. Ver *Opinión consultiva sobre las reservas a la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio*, 1951 I.C.J 15.

HISTORIA

En los últimos veinticinco años ha habido múltiples epidemias y varias pandemias, por ejemplo: coronavirus del SRAS⁴ (LeDuc y Barry, 2004), Dengue⁵, Cólera⁶, Virus del ébola⁷, Influenza H1N1⁸, coronavirus del MERS⁹, virus del zika¹⁰, and VIH/SIDA¹¹. Además, antes del comienzo del siglo XXI, innumerables epidemias y pandemias “plagaban” a la humanidad (Kohn, 2002; Byrne, 2008). El mundo se enfrenta actualmente a la pandemia de COVID-19¹², en el que más de un millón de personas han muerto¹³ y millones de personas han sido infectadas¹⁴. El impacto en todas las áreas de la actividad humana ha sido tremendo, incluido el cierre de las fronteras nacionales en todo el mundo, lo que ha provocado que la actividad económica mundial prácticamente se detenga.

A partir del siglo XIX los Estados entendieron que, para prevenir y controlar los nefastos resultados causados por las enfermedades infecciosas, las medidas nacionales debían complementarse con la coordinación y cooperación internacional. Después de que un brote de cólera

⁴ Organización Mundial de la Salud, OMS, “Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)” <https://www.who.int/topics/sars/es/>.

⁵ Organización Mundial de la Salud, “Dengue y dengue severo” https://www.who.int/health-topics/dengue-and-severe-dengue#tab=tab_1 (en inglés).

⁶ Organización Mundial de la Salud, “Cólera” https://www.who.int/health-topics/choleera#tab=tab_1 (en inglés).

⁷ Organización Mundial de la Salud, “Virus del Ébola” https://www.who.int/health-topics/ebola/#tab=tab_1 (en inglés).

⁸ Organización Mundial de la Salud, “Pandemia (H1N1) 2009” <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/> (en inglés).

⁹ Organización Mundial de la Salud, “Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)” https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1 (en inglés).

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, “Virus del zika” https://www.who.int/health-topics/zika-virus-disease#tab=tab_1 (en inglés).

¹¹ Organización Mundial de la Salud, “VIH / SIDA” https://www.who.int/health-topics/hiv-aids/#tab=tab_1 (en inglés).

¹² Organización Mundial de la Salud, “COVID-19” https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 (en inglés).

¹³ Según el Centro de recursos sobre el coronavirus de la Universidad Johns Hopkins (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>), hasta el 7 de octubre de 2020, se han producido 1.052.193 muertes por COVID-19.

¹⁴ Según el Centro de recursos sobre coronavirus de la Universidad Johns Hopkins (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>), hasta el 7 de octubre de 2020, ha habido 35.980.287 casos de COVID-19.

se extendiera al imperio ruso desde Asia, Francia ayudó a organizar la primera Conferencia Sanitaria Internacional (Telesetsky, 2020). El objetivo de la conferencia fue crear regulaciones que estandarizaran las medidas de cuarentena entre los Estados para prevenir la importación de cólera, peste y fiebre amarilla (Howard-Jones & WHO, 1975).

De 1851 a 1938 hubo catorce conferencias en total, resultando en la Convención Sanitaria Internacional (*Ibid.*). Además, en 1902, se creó la Oficina Sanitaria Panamericana, luego rebautizada como Organización Panamericana de la Salud (OPS), como la primera organización internacional especializada en salud mundial (*Ibid.*, p. 83). En 1907, la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) también se estableció como la primera oficina de salud permanente, asegurando que las respuestas estatales a los brotes de enfermedades fueran adecuadas (Stern & Markel, 2004). La Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones (OSLN) y la Oficina Internacional de Epizootias (OIE) también contribuyeron a los esfuerzos mundiales para regular la respuesta a los brotes de enfermedades. Más importante aún, después de la creación de las Naciones Unidas (ONU), en 1945, la comunidad internacional decidió crear un organismo internacional que pudiera abordar el impacto de las enfermedades infecciosas de forma permanente, ampliando aún más la posibilidad de cooperación entre los Estados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo central a través del cual la comunidad internacional combate los problemas de salud mundial, incluidas las pandemias.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

En 1948 la OMS se estableció como una agencia especial dependiente del Consejo Económico y Social de la ONU, y subsumió a la OIHP, OSLN y OPS¹⁵. Se otorgó a la OMS los poderes de supervisión, el poder de ampliar las obligaciones de los Estados y el de redefinir los eventos que desencadena la cooperación internacional. En 1952 la OMS creó

¹⁵ Ver El sistema de Naciones Unidas, https://www.un.org/en/pdfs/18-00159e_un_system_chart_17x11_4c_en_web.pdf (en inglés).

el Sistema mundial de vigilancia y respuesta a la influenza (GISRS)¹⁶, para identificar, monitorear y desarrollar vacunas para cualquier cepa de influenza que pueda convertirse en una epidemia o pandemia. Casi cincuenta años después la OMS creó el Plan para la pandemia de influenza, un marco para mejorar la vigilancia de la influenza, acelerar el desarrollo de vacunas y antivirales, mejorar la investigación sobre la influenza y mejorar la preparación para emergencias¹⁷. Luego, en 2000, los Estados complementaron estos esfuerzos con la Red Global de Alerta y Respuesta ante Brotes, una red de instituciones y organizaciones que investigan y planifican la respuesta internacional coordinada a los brotes de enfermedades infecciosas (Mackenzie et al, 2014). Más recientemente, en 2011, la OMS publicó el Marco de preparación para una pandemia de influenza para compartir los virus de la influenza y el acceso a las vacunas y otros beneficios (PIP)¹⁸. Actuando a través del GISRS, el PIP facilita el intercambio de virus de influenza, datos de secuencia genética, reactivos y evaluación de riesgos.

Sobre la base de las regulaciones sanitarias internacionales ya existentes hasta 1969, la OMS había adoptado en ese mismo año el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)¹⁹. En particular, el RSI de 1969 proporciona una lista específica de brotes de enfermedades que desencadenan el deber de notificar a la OMS. Específicamente, los Estados deben notificar a la OMS cada vez que ocurra un brote de cólera, peste, fiebre amarilla, viruela, fiebre recurrente o tifus en el territorio del Estado²⁰. Sin embargo, la epidemia de SARS de 2003 puso en duda la eficacia de la OMS y el RSI²¹. Además, el desastre de Chernobyl mostró que los eventos no incluidos en la lista, como una catástrofe nuclear, podrían

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, “Sistema mundial de vigilancia y respuesta a la influenza (GISRS)” https://www.who.int/csr/disease/OP_GISRS_FINAL.pdf (en inglés).

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, “Plan Pandemia de Influenza. El papel de la OMS y las directrices para la planificación nacional y regional”, WHO / CDS / CSR / EDC / 99.1 (abril de 1999).

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, Marco de preparación para una pandemia de influenza (PIP) <https://www.who.int/influenza/pip/en/> (en inglés).

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, Preguntas frecuentes del Reglamento Sanitario Internacional (2005), <https://www.who.int/ihr/about/FAQ2009.pdf> (en inglés).

²⁰ Organización Mundial de la Salud, Normas sanitarias internacionales (1969) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96616/9241580070.pdf?sequence=1> (en inglés).

²¹ El SARS no se incluyó en la lista de enfermedades que motivaron el deber estatal de notificar a la OMS. En consecuencia, el RSI de 1969 fue criticado por limitar la obligación de notificar a un conjunto tan limitado de enfermedades.

tener graves consecuencias para la salud y, por lo tanto, era necesario no limitar las razones por las que se requeriría la cooperación sanitaria internacional. Como resultado, la OMS actualizó el RSI en 2005²².

El RSI de 2005 exige que los Estados mejoren los mecanismos internacionales de vigilancia, notificación y respuesta a los brotes de enfermedades. Además, el RSI de 2005 amplió los eventos que deben informarse a la OMS. Específicamente, los Estados deben informar cualquier evento que: (1) tenga un impacto grave en la salud pública; (2) sea inusual o inesperado; (3) pueda ser internacionalmente virulento; y (4) pueda generar un derecho significativo de restricciones comerciales o de viajes internacionales²³. Los Estados deben designar un punto focal nacional para el RSI, que informe a los puntos de contacto regionales de la OMS. La OMS puede hacer recomendaciones de emergencia temporales para los riesgos de salud en curso²⁴. Además, las revisiones crean un método mediante el cual el Director General de la OMS puede obtener asesoramiento sobre recomendaciones temporales para emergencias de salud pública de un Comité de Emergencias²⁵. Más importante aún, el RSI de 2005 adoptó algunos enfoques innovadores en el ámbito del Derecho internacional y el derecho de las organizaciones internacionales, tales como enfatizar la importancia de los derechos humanos²⁶, incluido el derecho de iniciativa del Director General y disposiciones de exclusión voluntaria²⁷, y reconocer el valor de las organizaciones de la sociedad civil.

Sin embargo, la actual crisis de COVID-19 ha demostrado la necesidad de desarrollar aún más la capacidad de la OMS para reaccionar de manera temprana ante las pandemias, con el fin de fortalecer los

²² Organización Mundial de la Salud, "Normas sanitarias internacionales (2005)", WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1 (Junio 2007).

²³ *Ibíd.* Anexo 2.

²⁴ *Ibíd.* Arte. 15-16.

²⁵ *Ibíd.* Arte. 48-49.

²⁶ El artículo 3 del RSI establece específicamente que, al implementar las medidas dentro del RSI, los Estados deben respetar la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas. Además, el artículo 32 requiere que los Estados "traten a los viajeros con respeto por su dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales, y minimicen cualquier malestar o angustia asociado con tales medidas".

²⁷ Las disposiciones de exclusión voluntaria crean un régimen en el que los Estados están obligados a acatar la Constitución de la OMS, a menos que el Estado declare que no estará sujeto a las disposiciones de la Constitución.

mecanismos de prevención y cooperación, así como la necesidad de considerar el impacto total de las pandemias en la comunidad internacional. Teniendo en cuenta que una gran proporción del presupuesto de la OMS proviene de contribuciones voluntarias de los Estados, existen serios problemas respecto de la autonomía práctica de la OMS (Posner, 2020)²⁸. Como resultado, los Estados pueden influir en la determinación de las prioridades de la organización. Además, es necesario aclarar aún más las responsabilidades de la OMS cuando ocurran fallas en el cumplimiento de sus funciones y obligaciones, y, en general, hacer que los mecanismos de prevención y cooperación sean más eficaces para responder a las pandemias. Por ejemplo, la crisis actual ha demostrado las consecuencias perjudiciales de la falta de comunicación y acción oportunas, que podría remediarse fortaleciendo aún más la capacidad e independencia del Director General para reaccionar con prontitud, y haciendo hincapié en la necesidad de actuar preventivamente frente a emergencias.

DESARROLLOS NECESARIOS DE LA NORMATIVA INTERNACIONAL

El papel de las organizaciones de la sociedad civil ha sido fundamental en la pandemia actual. Por ejemplo, gracias a las organizaciones científicas y a las organizaciones no gubernamentales, los Estados y la comunidad internacional han podido acceder al conocimiento²⁹ que, en ocasiones, ha sido suprimido o negado, creando serios peligros (Gelling, 2007)³⁰. En consecuencia, también es importante promover activamente

²⁸ También se podrían montar críticas similares contra la CDI debido al hecho de que los miembros de la CDI son elegidos por Estados dentro de la ONU, la Comisión informa a la Asamblea General y la ONU está involucrada en el proceso de determinación de los temas que serán discutidos por la CDI. Ver Naciones Unidas, *El trabajo de la Comisión de Derecho Internacional*, Volumen I (8th ed. 2012) p. 10-16, 33-34, 70-81.

²⁹ Poco después de que comenzara el brote de COVID-19, los científicos de China publicaron la secuencia del genoma del virus en la plataforma científica mundial "Centro Nacional de Información Biotecnológica", lo que permitió a los científicos de todo el mundo comenzar rápidamente la investigación sobre el virus de la COVID-19, más rápido que brotes de enfermedades previas. NCBI ahora actúa como un repositorio para la investigación en todo el mundo sobre la enfermedad. Para más información, ver NCBI, SARS-CoV-2 Datos, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2/> (en inglés).

³⁰ En 2007, en Indonesia, tras un brote de gripe aviar (H5N1), el gobierno indonesio se negó a compartir muestras del virus H5N1 con la Organización Mundial de la Salud a menos que los países que reciban las muestras garanticen un acceso asequible a las vacunas.

la cooperación internacional en el ámbito de los actores no estatales. Además, es imperativo que la comunidad internacional se mantenga alerta y reaccione contra los intentos de limitar sus contribuciones. De manera similar, la existencia de una prensa libre ha permitido el flujo de información valiosa, incluido, además de información científica, el acceso a informes sobre casos de abuso de poderes de emergencia, corrupción y falta de acceso a tratamiento médico.

Existe una necesidad urgente de adoptar medidas eficaces para abordar las cuestiones relacionadas con la pandemia en los países en desarrollo, así como la situación de los grupos vulnerables en todas partes. Respecto de los países en desarrollo, la creación de capacidades efectivas³¹ se vuelve esencial para la salud mundial. La pandemia ha demostrado que los sistemas de salud nacionales insuficientes o inexistentes no solo afectan a los nacionales del Estado afectado, sino que también pueden afectar negativamente a la comunidad internacional en su conjunto. En consecuencia, las medidas positivas diseñadas para la creación de capacidad requieren mucho más que compromisos voluntarios y requieren medidas que incluyan fondos especiales, posibilidades para un despliegue rápido de asistencia de materiales y personal, etc.

La COVID-19 también ha demostrado su impacto desproporcionado en las poblaciones vulnerables, incluidas las mujeres y los niños, las minorías, los pueblos indígenas, las comunidades LGBTQ+ y otros grupos vulnerables. Además, ha puesto de manifiesto la necesidad de ampliar la categoría de personas vulnerables, para incluir a quienes se encuentran en primera línea enfrentando los peligros que genera el cuidado de la salud pública. Huelga decir que esto incluye a todo el personal médico (médicos, enfermeras y técnicos médicos), así como a las personas responsables de las funciones esenciales de la sociedad, como las que participan en la producción, el transporte y la venta de alimentos y medicamentos, y las que mantienen la seguridad.

Con el fin de desarrollar un marco normativo e institucional eficaz para la prevención y reacción a las pandemias, es absolutamente ne-

³¹ La creación de capacidad incluye el fortalecimiento de las instituciones nacionales que mejorarán la salud general de la población y, al mismo tiempo, permitirán a los Estados prevenir y reaccionar ante pandemias. El desarrollo de capacidades también incluye capacitación, desarrollo de infraestructura y transferencia tecnológica.

cesario que los Estados adopten medidas positivas para proteger a las poblaciones vulnerables de sus sociedades. Desde el punto de vista jurídico, esta protección es un ejercicio del principio de no discriminación, una prohibición bien asentada y reconocida existente en el Derecho internacional, que se incluye en la Carta de las Naciones Unidas; en la Declaración Universal de Derechos Humanos; en los sistemas de derechos humanos universales y regionales, y en convenciones especializadas. La COVID-19 ha demostrado una y otra vez que la prohibición de la discriminación no se logra simplemente con la ausencia de violación de dicha prohibición. Para dar cumplimiento efectivo a dicha prohibición es imperativo adoptar medidas especiales, que incluyen capacitación y entrenamiento, asignación de recursos, sanciones efectivas en caso de violación de esta, así como otras medidas y procedimientos que aseguren que no existirá en los hechos discriminación alguna. No se puede exagerar la importancia de la capacitación. La necesidad de una cultura que reconozca la humanidad de todas y todos, y los compromisos colectivos que ello requiere, incluyendo medidas de protección hacia las personas que están más expuestas, lo que a menudo requiere un cambio cultural significativo.

El Derecho internacional, en su desarrollo actual, establece la responsabilidad de los Estados y organismos internacionales en caso de violación de sus obligaciones internacionales. Sin embargo, no hay suficiente especificidad respecto de las consecuencias de la violación de las obligaciones legales relacionadas con las pandemias, y mucho menos acerca de las violaciones de las obligaciones relacionadas con la prevención de pandemias. Cualquier proyecto de los Estados u organizaciones internacionales para fortalecer la acción internacional requerirá una mayor cooperación estatal. Sin embargo, sin una definición clara de las obligaciones y deberes y de las consecuencias que se derivan de su violación, tal proyecto estará condenado al fracaso. Más importante aún, como ocurre siempre que existen obligaciones, es que se establezcan mecanismos de solución pacífica de controversias entre Estados, que incluyan los métodos desarrollados en el Derecho internacional para abordar los desacuerdos³².

³² El Artículo 33 de la Carta de las Naciones Unidas proporciona una lista de esos métodos de solución de controversias. La Sección 1 del Artículo 33 de la Carta de las Naciones Unidas establece que, “[l]as partes en cualquier controversia cuya continuación pueda poner

La pandemia actual ha afectado enormemente a múltiples áreas del Derecho internacional, que incluyen: derecho económico; derecho de inversión y comercio internacional; derecho de los derechos humanos; derecho laboral; cambio climático; ley de salud global; derecho financiero internacional; derecho ambiental internacional; ley de Propiedad Intelectual³³, incluido el acceso a medicamentos; derecho deportivo internacional³⁴; derecho internacional marítimo y aéreo³⁵; entre otras. Aparentemente casi todas las áreas de la actividad humana pueden verse devastadas por las pandemias. Sin embargo, no tenemos un cuerpo normativo que aborde la cooperación internacional de una manera que pueda regular adecuadamente todas las cuestiones implicadas por las pandemias. En ese sentido, y para evitar la fragmentación del Derecho internacional, también es importante desarrollar las posibilidades de armonización, teniendo en cuenta el objetivo último de la protección de las personas. Sin embargo, esta armonización no debe ignorar el principio de que se debe respetar la aplicación especial de las normas cuando así lo requiera el Derecho internacional. Ese es el caso, por ejemplo, del derecho de los derechos humanos y de la regulación de situaciones de emergencia, tal como lo establece el artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos³⁶, el artículo 27 de la

en peligro el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, deberán, en primer lugar, buscar una solución mediante la negociación, investigación, mediación, conciliación, arbitraje, arreglo judicial, recurso a agencias o arreglos regionales, u otros medios pacíficos de su elección”.

³³ Por ejemplo, los derechos de Propiedad Intelectual pueden restringir la distribución de productos farmacéuticos, medicamentos y vacunas.

³⁴ Por ejemplo, la actual crisis de COVID-19 ha provocado la cancelación o el aplazamiento de múltiples eventos deportivos, grandes y pequeños, incluidos los Juegos Olímpicos de 2020.

³⁵ Por ejemplo, uno de los cruceros con un gran número de casos de COVID-19, el Diamond Princess, era un barco de bandera del Reino Unido, pero el propietario era una corporación de los Estados Unidos. Mientras estaba frente a la costa de Japón, un pasajero se enfermó de COVID-19; sin embargo, como resultado de las lagunas en el régimen de derecho marítimo existente, el gobierno japonés no estaba seguro de si podía ejercer jurisdicción sobre el trato de los pasajeros.

³⁶ El artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) describe las situaciones en las que los Estados pueden derogar las obligaciones descritas en el Pacto, en situaciones de emergencia. También especifica que los Estados no pueden derogar algunas de las disposiciones incluidas en el Pacto, ya que estas disposiciones son *ius cogens*. La sección 3 establece que los Estados deben notificar al Secretario General de las Naciones Unidas cuando derogan, con una justificación para la derogación.

Convención Americana sobre Derechos Humanos³⁷ y el artículo 15 del Convenio Europeo de Derechos Humanos³⁸.

Según el Derecho internacional de los derechos humanos, los Estados pueden restringir legalmente ciertos derechos, en una sociedad democrática, cuando sea necesario, incluso sin declarar una emergencia. Sin embargo, para restringir algunos derechos, los Estados deben satisfacer estrictos requisitos de necesidad, proporcionalidad, oportunidad y no discriminación³⁹. Además, si una emergencia amenaza la vida de una nación, y esta es declarada públicamente, se permiten las derogaciones de algunos derechos, pero también se deben cumplir los estrictos requisitos identificados anteriormente. No se permite en ningún caso la derogación de los derechos absolutos⁴⁰. Estas normas establecen una hoja de ruta clara a seguir cuando un evento ha alcanzado el nivel de una amenaza para la vida de una nación o, alternativamente, cuando aún no ha cumplido con este requisito. Estas normas, que tienen su origen en tratados internacionales ratificados casi universalmente, permiten incluso sostener que el Derecho consuetudinario ha reconocido su valor y legitimidad. Además, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas establece normas adicionales que se aplican en casos de emergencias, incluidas las pandemias. En su Observación general N° 14⁴¹, el órgano de supervisión del cumplimiento de las obligaciones de este Pacto espe-

³⁷ El artículo 27 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos también describe las situaciones en las que los Estados pueden derogar las obligaciones de la Convención, en situaciones de emergencia. De manera similar al artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Sección 2 del Artículo 27 previene la derogación de obligaciones dentro de la Convención que son jus cogens y la Sección 3 establece procedimientos de notificación al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos.

³⁸ El artículo 15 del Convenio Europeo de Derechos Humanos sigue el mismo formato que los dos convenios anteriores. La sección 1 prevé la derogación en tiempos de emergencia; La sección 2 evita la derogación de las obligaciones de jus cogens incluidas en la Convención; y la Sección 3 requiere la notificación al Secretario General del Consejo de Europa cada vez que un Estado invoca el derecho de derogación.

³⁹ Por ejemplo, el artículo 21 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos sobre reunión pacífica.

⁴⁰ Ver artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Artículo 27 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; Artículo 15 del Convenio Europeo de Derechos Humanos; y el artículo 2 de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura.

⁴¹ El derecho a la salud se aborda en la Observación general 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 993 UNTS 3 (adoptado el 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 3 de enero de 1976).

cifica su contenido normativo. En particular, los párrafos 34⁴², 35⁴³, 36⁴⁴ y 37⁴⁵ son de gran importancia para las emergencias sanitarias mundiales, ya que establecen las obligaciones legales específicas de los Estados en relación con el derecho a la salud, reflejando las obligaciones de los tratados y del Derecho internacional consuetudinario.

Los párrafos de la Observación General N° 14, ya mencionados, se han visto confirmados por desarrollos existentes en la jurisprudencia internacional. En esta materia, es de gran relevancia el caso *Cuscul Piraveal y otros Vs. Guatemala*⁴⁶, decidido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que aborda el derecho a la salud en la epidemia del VIH/SIDA. En ese caso, cuarenta y nueve personas, quince de las cuales murieron durante el transcurso del caso, alegaron ante la Corte Interamericana que Guatemala había violado su derecho a la salud, al brindar un acceso inadecuado a la atención médica para el VIH/SIDA. La Corte Interamericana resolvió que, debido al tratamiento inadecuado disponible para las víctimas del VIH/SIDA, el gobierno de Guatemala violó los derechos de las víctimas a la salud, integridad personal, vida y protección judicial a las personas que viven con el VIH/SIDA.

⁴² El párrafo 34 establece la obligación de los Estados de respetar el derecho a la salud y establece situaciones en las que surgiría esta obligación. Por ejemplo, los Estados deben “abstenerse [...] de negar o limitar la igualdad de acceso para todas las personas [...] a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; [y] abstenerse [...] de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado”.

⁴³ El párrafo 35 establece la obligación de los Estados de proteger, que incluye la adopción de legislación, u otras medidas similares, que garantizarían el acceso igualitario a la atención médica y los servicios relacionados con la salud, incluida la creación de una reglamentación para el sector de la salud para garantizar que sea igualmente accesible para todos.

⁴⁴ El párrafo 36 establece la obligación de los Estados de cumplir, lo que significa que los Estados partes deben “dar suficiente reconocimiento al derecho a la salud en los sistemas políticos y legales nacionales, preferiblemente a través de la implementación legislativa, y adoptar una política nacional de salud con un plan detallado por la realización del derecho a la salud”.

⁴⁵ El párrafo 37 establece la obligación de los Estados de cumplir (facilitar) mediante la adopción de “medidas positivas que permitan y ayuden a las personas y comunidades a disfrutar del derecho a la salud”. Además, los Estados están obligados a cumplir (proporcionar) “un derecho específico contenido en el Pacto cuando las personas o un grupo no pueden, por razones ajenas a su voluntad, realizar ese derecho por sí mismos por los medios a su disposición”. Por último, los Estados están obligados a cumplir (promover) el derecho a la salud mediante “la realización de acciones que creen, mantengan y restauren la salud de la población”.

⁴⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Piraveal y otros c. Guatemala*, Sentencia de 23 de agosto de 2018.

Además, la Corte afirmó que el artículo 26 de la Convención Americana creaba el derecho a la salud como un derecho autónomo que requiere que un Estado brinde un tratamiento permanente y de calidad para su realización efectiva.

Fuera de la adjudicación judicial, la comunidad internacional ha utilizado otras fuentes para fortalecer la acción y la cooperación internacionales con el fin de hacer frente a las pandemias, que incluyen resoluciones del Consejo de Seguridad de la ONU sobre el VIH/SIDA y el Ébola. Las legislaciones y los tribunales nacionales, en distintos grados, han incorporado obligaciones internacionales de cooperación y han reconocido la importancia de la salud pública. Además, una extensa literatura académica ha presentado argumentos persuasivos a favor, como mínimo, de la necesidad de un consenso general válido en la doctrina de la necesidad de cooperación y cumplimiento de algunas normas básicas relativas a la protección de la salud (Murase, 2017).

A pesar de los diferentes procesos que se están llevando a cabo actualmente —y del aprendizaje que debe derivar del trágico impacto de la pandemia que actualmente afecta a la comunidad internacional— no se ha asegurado aún una respuesta efectiva dirigida a prevenir futuras crisis y a reaccionar efectivamente cuando estas ocurran. La complejidad de los numerosos temas involucrados exige una cuidadosa revisión integral, que lleve finalmente a la adopción de un instrumento integral que identifique, desarrolle y armonice el derecho existente. Desde esa perspectiva, la adopción de un tratado podría servir para establecer con claridad las obligaciones internacionales de los Estados, las organizaciones internacionales y los derechos de las personas, ofreciendo así una hoja de ruta clara para la acción. Huelga decir que la adopción de tal tratado requiere un compromiso serio, cuyas complejidades no pueden subestimarse debido a las implicaciones que derivan para la soberanía nacional. La responsabilidad por incumplimiento de obligaciones y la necesidad de crear mecanismos efectivos de prevención⁴⁷ tiene serias consecuencias para la soberanía estatal. Sin embargo, es un hecho innegable que ningún Estado, por poderoso que sea, puede enfrentar un desafío global a la salud de su población y a su economía,

⁴⁷ Estos incluyen la creación de capacidad estatal y el desarrollo de poderes y responsabilidades para organizaciones internacionales como la OMS.

sin cooperación efectiva internacional. La existencia de eventos catastróficos en el área de la salud que precedieron a la pandemia actual y otras crisis potenciales que se perfilan como una realidad innegable (por ejemplo, el cambio climático) demandan una acción coordinada mundialmente. Con todo, las posibilidades reales de acción, para ser efectivas, requieren de preparación y estudios cuidadosos, negociación y enfoques adecuados que, sin ignorar las realidades de la vida contemporánea (que incluye el papel de los Estados como los actores más importantes en el desarrollo del Derecho internacional) avancen en el tema de prevención y reacción efectivas frente a crisis internacionales.

EL PAPEL DE LA COMISIÓN DE DERECHO INTERNACIONAL

La Comisión de Derecho Internacional (CDI) está particularmente bien preparada para emprender esta tarea. Su composición, representando a todos los grupos regionales⁴⁸, así como sus métodos de trabajo, que implican someter y considerar las reacciones de los Estados⁴⁹, asegura que los resultados de su trabajo contribuirán en gran medida a satisfacer las condiciones de aceptabilidad por parte de estos.

La Comisión podría trabajar para identificar, analizar y determinar la aplicabilidad de todas las fuentes y áreas del Derecho que sean relevantes en esta materia, buscando la armonización cuando sea necesario y reconociendo la aplicabilidad en algunas instancias de *lex specialis*⁵⁰. El alcance del tema se limitaría al Derecho internacional sobre pandemias, y buscaría el desarrollo de un cuerpo legal unificado que aborde de manera integral todos los aspectos involucrados mediante la adopción de medidas adecuadas diseñadas para prevención y reacción efectivas. El valor esencial para enfatizar es la absoluta necesidad de cooperación internacional en la protección de las personas. Para ello es esencial la armonización de todas las áreas del Derecho involucradas e identificadas en este artículo, sin perjuicio de la aplicación de las normas de derechos

⁴⁸ La CDI está compuesta por treinta y cuatro miembros, elegidos por la Asamblea General de la ONU, de cada grupo regional.

⁴⁹ Para llevar a cabo su trabajo, la CDI sostiene un diálogo constante con los Estados miembros de la ONU sobre la base de informes.

⁵⁰ Tales casos pueden surgir en el área del comercio, el medio ambiente, los derechos humanos y otras áreas del Derecho.

humanos que no pueden ser abrogadas ni aun en caso de emergencias. Esto incluye las obligaciones positivas de los Estados hacia la población en general y sus grupos vulnerables.

A lo anterior se agrega la necesidad de identificar con claridad el conjunto de las obligaciones de los Estados antes, durante y después de las pandemias, como asimismo las consecuencias que derivan de su incumplimiento. También es esencial identificar medidas de solución de disputas. De manera similar, el rol de los organismos internacionales y su responsabilidad en caso de incumplimiento —especialmente de la OMS— es un tema importante, incluyendo el fortalecimiento de sus capacidades de acción efectiva independiente con recursos suficientes. Teniendo en cuenta el papel fundamental que desempeñan los científicos en el seguimiento, la investigación y la respuesta a las emergencias sanitarias, es necesario involucrarlos en el proceso de formulación de textos para presentar a los Estados. Asimismo, con base en la experiencia de la actual pandemia, es esencial incluir la cooperación con la comunidad científica y la sociedad civil en general, en la adopción e implementación de acciones eficaces para enfrentar este desafío global (Murase, 2017).

La inclusión del tema “Pandemias y el Derecho Internacional” en el programa de trabajo de la Comisión ofrecería una oportunidad tanto para la codificación como para el desarrollo progresivo del Derecho internacional. La Comisión analizaría cómo los Estados, las organizaciones internacionales y los tribunales internacionales han abordado la cuestión de las pandemias, así como identificaría los principios y normas del Derecho internacional consuetudinario y su aplicación a la luz de la práctica general de los Estados y la *opinio juris*. La Comisión también buscaría identificar los mejores y más aceptados métodos para responder a las pandemias, satisfaciendo la necesidad de proponer a los Estados el desarrollo progresivo de las normas internacionales. Un análisis integral también proporcionaría una visión general de las reglas existentes y ayudaría a identificar los principales problemas que surgen en su implementación, las limitaciones que enfrentan los Estados en esta área y los diferentes métodos que los Estados han desarrollado para responder a las pandemias. En consecuencia, el resultado del tema brindaría una buena oportunidad para codificar las normas existentes y hacer propuestas para el desarrollo progresivo del Derecho. El trabajo

de la Comisión sobre este tema se realizaría sin perjuicio de regímenes legales más favorables sobre pandemias establecidos en los ámbitos nacional, regional o internacional.

CONCLUSIÓN

La COVID-19 ha demostrado que el marco legal internacional existente respecto de la salud global y las pandemias es insuficiente. Además, ha demostrado que la mejor manera de atender los intereses de la comunidad internacional es actuar eficazmente en el campo de la prevención y reacción a las pandemias. Las pandemias afectan a toda la sociedad, pero debemos reconocer también que aquellos que son más vulnerables requieren una atención especial y una acción positiva, como se explicó anteriormente. En consecuencia, es imperativo que la comunidad internacional utilice su conocimiento y su experiencia colectiva para formular principios de Derecho internacional o proyectos de artículos que corrijan las lagunas del Derecho internacional vigente para proteger a las personas, antes, durante, y después de una epidemia. La protección de las personas es el primer y principal objetivo; cualquier otro —reforzar el Derecho internacional consuetudinario, crear directrices para la armonización del Derecho nacional, aumentar la coordinación internacional, etc.— debe considerarse como método para generar obligaciones diseñadas para la protección de las personas.

Desde la década de 1850 los Estados han comprendido que la cooperación internacional es necesaria para preparar y prevenir las crisis internacionales de salud mundial. Sin embargo, las medidas adoptadas no han estado a la altura de la tarea de proteger a las personas. Es imperativo que las graves consecuencias creadas por la pandemia actual sean suficientes para resaltar la necesidad de actuar con eficacia, y que la comunidad internacional no necesitará otra tragedia que afecte a la humanidad para reaccionar adecuadamente ante horribles eventos similares.

La comunidad internacional no debe ser un mero espectador de las tragedias que se desarrollan ante sus ojos. Es necesario que actuar con rapidez y eficacia para enfrentar los desafíos actuales y evitar que se repitan desafíos similares, cuya inminencia aparece innegable.

AGRADECIMIENTOS:

El profesor Grossman desea agradecer a su colega en la CDI, el profesor Shinya Murase, por su iniciativa, conocimientos e inspiración en este y otros temas, y a su asistente de investigación, Lena Raxter, candidata a JD en la American University, Washington College of Law, por sus contribuciones a este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Byrne, J. P. (ed.). (2008). *Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues*, Vol. 1 & 2. Greenwood Press.
- Gelling, P. (26 de marzo de 2007). Indonesia Defiant on Refusal to Share Bird Flu Samples. *New York Times*. Retrieved at: <https://www.nytimes.com/2007/03/26/world/asia/26cnd-flu.html>.
- Heath Kelly, H. (2011). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bull World Health Organ*, 89(7): 540-1. DOI: 10.2471/BLT.11.088815.
- Howard-Jones, N. & World Health Organization. (1975) . *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*. Geneva: WHO. Retrieved at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62873>
- Kohn, G. C. (2002). *Encyclopedia of plague and pestilence: from ancient times to the present*. Checkmark Books.
- LeDuc J. & Barry, M. A. (2004). SARS, the First Pandemic of the 21st Century. *Emerg Infect Dis.*; 10(11): e26. DOI: 10.3201/eid1011.040797_02.
- Mackenzie, J. S., Drury, P., Arthur, R. R., Ryan, M. J., Grein, Th., Slattery, R., Suri, S., Domingo, Ch. T. & Bejtullahu, A. (2014). The Global Outbreak Alert and Response Network. *Glob Public Health*; 9(9): 1023-1039. DOI: 10.1080/17441692.2014.951870
- Murase, Sh. (2017). Scientific Knowledge and the Progressive Development of International Law: With Reference to the ILC Topic on the Protection of the Atmosphere. In: S. Mahmoudi (ed.), *The International Legal Order: Current Needs and Possible Responses* (pp. 41-52). Leiden: Martinus Nijhoff.
- World Health Organization, WHO. (2018). *Managing epidemics. Key facts about major deadly diseases*. Retrieved at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics/en/>.

- Posner, E. A. (21 April 2020). The Limits of the World Health Organization, *Lawfare*. Retrieved at: <https://www.lawfareblog.com/limits-world-health-organization>.
- Stern, A. M. & Markel, H. (2004). International Efforts to Control Infectious Diseases, 1851 to the Present. *JAMA*; 292(12): 1474-1479. DOI:10.1001/jama.292.12.1474.
- Telesetsky, A. (2020). International Governance of Global Health Pandemics. *ASIL Insights*; 24(3). Retrieved at: <https://www.asil.org/insights/volume/24/issue/3/international-governance-global-health-pandemics>.

Claudio Grossman es Profesor, Decano Emérito y Catedrático R. Geraldson en Derecho Internacional y Humanitario, en el *Washington College of Law, American University*, Previamente Decano (1994-2016), Miembro de la Comisión de Derecho Internacional de las Naciones Unidas (2017-2021) y del Instituto de Derecho Internacional(2019-...). Presidente del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2014-...). Fue el Agente de Chile en el caso Obligación de Negociar acceso al Océano Pacífico (Bolivia v Chile). Ex miembro (2003-2015) y Presidente del Comité contra la Tortura de la ONU y de la Comisión Inter-Americana de Derechos Humanos (1994-2001) Ex presidente de los diez Órganos de Tratados de Derechos Humanos de la ONU (2013-2014). Graduado de la Escuela de Derecho de la Universidad de Chile (1973) y Doctor en Ciencias del Derecho de la Universidad de Ámsterdam, en Países Bajos (1980). Ha enseñado en centros académicos en todo el mundo y es autor de numerosas publicaciones sobre derecho internacional, derecho de las organizaciones internacionales, derechos humanos y educación internacional. Ver curriculum vitae en <https://www.wcl.american.edu/community/faculty/profile/grossman/bio>

EL DERECHO POSPANDEMIA: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS

MARISOL PEÑA TORRES¹

RESUMEN

El artículo aborda los diversos efectos que la pandemia, originada en el coronavirus, ha causado en las instituciones contempladas por nuestro ordenamiento jurídico para hacer frente a situaciones de crisis evaluando su capacidad de respuesta frente a los desafíos planteados. Del mismo modo, invita a aprovechar la experiencia de estos meses de pandemia para diagnosticar y revisar nuestro derecho vigente a fin de hacerse cargo de las lecciones aprendidas e incorporar una mirada permanente de prevención más que de reacción.

Palabras clave: Derecho, pandemia, democracia, derechos fundamentales.

¹ Miembro de Número de la Academia de Ciencias Sociales, Políticas y Morales, del Instituto de Chile.

1. JUVENTUD, DERECHO, ANOMIA

En el año 1965, en uno de sus célebres discursos a los nuevos profesionales que obtenían su título, el entonces presidente del Colegio de Abogados, Alejandro Silva Bascuñán, sostenía que “el Derecho calza más precisamente con las potencialidades que encierra la juventud”. Agregaba que “la etimología misma del vocablo manifiesta ya el afán de rectitud con que se inicia el camino y las ansias de fidelidad a la meta propuesta que vibran con vehemencia y energía en la edad en que el hombre se adelanta plenamente en la vida” (Silva Bascuñán, 2010, p. 25). A ello cabría agregar el idealismo propio de la juventud, que ve precisamente en la justicia, o valor último del Derecho, una esperanza concreta de mejoramiento de las condiciones sociales en que nos desenvolvemos.

El Derecho representa, esencialmente, un ideal de orden social. Un esfuerzo de regulación de la convivencia humana para el respeto recíproco de los derechos de cada quien, favoreciendo, a la vez, el ideal comunitario de la vida buena de Aristóteles o del bien común en la visión de Jacques Maritain.

De allí que, al manifestarse los primeros estragos de la pandemia que nos ha azotado desde comienzos de este año, la sociedad chilena se vio aturdida, pues seguía experimentando los efectos del denominado “estallido social”, generado a partir del alza de la tarifa en los pasajes del Metro. La mayoría de quienes impulsaron dichas movilizaciones eran jóvenes que manifestaban un descontento que, focalizado en principio en ese medio de transporte, se expandió rápidamente a una crítica a las instituciones a través de las cuales la política y el Derecho van entregando su respuesta a las necesidades de la sociedad. Carteles que denunciaban la ineficacia de los derechos sociales consagrados en la Constitución se unieron a una crítica generalizada a las principales políticas públicas. Y ello enmarcado en un clamor uniforme por mayor dignidad, valor que constituye la columna vertebral de todos los derechos fundamentales.

Si el Derecho se mostraba incapaz de responder a la regulación que, al mes de octubre de 2019, requería nuestra sociedad, la pregunta obligada que ha acompañado el desarrollo de la pandemia y de muchos meses de aislamiento social, es si nuestra juventud está experimentando el fenómeno de la anomia, que Carlos Peña ha asociado a la falta de

orientación normativa y a la entrega a la propia subjetividad (Peña, 2020, p. 142). Se trata, sin duda, de un fenómeno que supera la crisis de la legalidad en sí misma, para mostrarnos más bien una crisis de legitimidad, es decir, nuestra juventud parece no identificarse con la norma como ordenación de la convivencia colectiva ni menos con su carácter obligatorio. La gravedad de este fenómeno radica en que, como sostiene León Fuller, “el primer *desideratum* de un sistema para sujetar la conducta humana al gobierno de las reglas es uno obvio: debe haber reglas” (Fuller, 2019, p. 47).

Durante la pandemia, y conforme a las estadísticas del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, la infracción a las normas sanitarias y a aquéllas propias del estado de catástrofe —como el toque de queda—, entre marzo y junio de este año, registran 88.130 personas detenidas por infringir normas sanitarias, en tanto que, en el mismo periodo de tiempo, Carabineros detuvo en total a 155.305 personas, de las cuales un número significativo fue por delitos contrarios a la salud pública.

Los datos consignados revelan que el comportamiento de las personas, la mayoría de ellos jóvenes, durante la pandemia ha mostrado un desprecio por la normativa vigente, cuya finalidad es ayudar a prevenir contagios y favorecer la trazabilidad de los contagiados.

Hay algo, pues, en el *ethos* colectivo del chileno de hoy que hace cortocircuito con el Derecho y éste es, en nuestro concepto, el principal desafío que deberemos afrontar como sociedad después del término de la pandemia, sobre todo frente a las nuevas generaciones. La pregunta pareciera ser ¿cómo volvemos a la distinción elemental según la cual la obligatoriedad de la norma no es sinónimo de su eficacia? Pues no da lo mismo obedecer por temor a la sanción que el incumplimiento de la norma lleva implícito, a hacerlo porque reconocemos en ella una finalidad justa para los intereses de todos.

2. DERECHO, CIUDADANÍA Y LEGITIMIDAD DE LAS NORMAS

Una sociedad sin reglas o, al menos, sin reglas que obliguen la conciencia de sus miembros, no solo es una sociedad anómica, sino que una que se encuentra al borde del estado de naturaleza en la más extrema

de sus expresiones, como ocurre en el pensamiento de Hobbes. Desde el punto de vista constitucional, Lasalle lo graficó de la siguiente forma:

Allí donde la Constitución escrita no corresponda a la real, estalla inevitablemente un conflicto que no hay manera de eludir y en el que, a la larga, tarde o temprano, la Constitución escrita, la hoja de papel tiene necesariamente que sucumbir ante el empuje de la Constitución real, de las verdaderas fuerzas vigentes en el país. (Lasalle, 1984, p. 109)

Una crisis de legitimidad de la Constitución se proyecta, de forma inevitable, a todo el resto del sistema de normas que encuentra en aquélla su columna vertebral.

Tanto el estallido social de octubre pasado como la pandemia que nos sigue afectando han dejado en evidencia que la sociedad requiere participar en la elaboración de las normas que van a regir su vida cotidiana. La conformación de la Mesa Social Covid 19², a la que se integraron diversos representantes de la sociedad civil, junto a autoridades ministeriales y alcaldes de varias comunas, ha demostrado —al margen de las naturales críticas y disensiones internas— que un problema que nos ha afectado a todos por igual requiere de un manejo integral, así como de un respaldo de la sociedad en las respuestas que se entreguen. Los informes de la Mesa Social Covid 19 en materia de Salud Mental como de Lineamientos Éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia, han sido un gran aporte frente a la atención de problemas específicos de este periodo. Y, sin duda, han contribuido, también, a otorgarle una mayor legitimidad a las decisiones adoptadas, evitando que se siga viendo a la autoridad como la cúspide de un sistema vertical en que las políticas públicas son impuestas a la sociedad sin escuchar su voz.

El mismo proceso constituyente que Chile ha emprendido después de la reforma constitucional de 24 de diciembre de 2019³ muestra que, independientemente del camino que se elija, la ciudadanía tomará parte activa en la redefinición o readecuación de su pacto social fundamental.

² La conformación de la Mesa Social Covid 19 tuvo como objetivo fortalecer la estrategia país y tener una sola voz en el combate del coronavirus.

³ Ley N° 21.200.

En consecuencia, si la ciudadanía chilena ha mostrado que quiere ser coagente, copartícipe y corresponsable de las decisiones públicas, uno de los grandes desafíos del Derecho pospandemia es hacerse cargo de esta realidad y favorecer nuevas formas de gobernanza en las cuales las personas, en su diversidad natural, se sientan realmente convocadas a definir su propio destino. Probablemente, y al margen de cualquier enfoque ideológico, éste sea uno de los grandes temas que estén presentes frente al cambio constitucional, otorgándole una calidad y textura diferente a nuestra propia democracia (Peña, 1998, p. 222).

Señeras resultan, en este sentido, las palabras del presidente de la Academia de Ciencias Sociales, Políticas y Morales del Instituto de Chile cuando, analizando las relaciones entre Estado y sociedad civil, señalaba que existe una transformación

caracterizada por el consenso, en que se torna inevitable reconocer la autonomía creciente de la Sociedad Civil frente al Estado, rasgo que se hace evidente en la devolución de competencias y la asunción de nuevos roles para el desarrollo humano, por ejemplo, en la ciencia y tecnología, en las artes y la cultura, en la satisfacción de carencias de la niñez y tercera edad, en la protección de la vida, en la prevención del delito y la rehabilitación del delincuente, en fin, en la seguridad frente a los riesgos de cesantía, pobreza, desamparo y catástrofes. (Cea, 2009, p. 60)

3. LECCIONES DEL ESTADO DE CATÁSTROFE

Los estados de excepción constitucional suelen estar contemplados en las Cartas Fundamentales, para que la autoridad pública pueda abordar situaciones inesperadas que comprometen las capacidades y recursos del país, permitiéndole suspender o restringir el ejercicio de los derechos fundamentales.

Una de las primeras lecciones que ha dejado la pandemia es que el estado constitucional de catástrofe, decretado por primera vez en marzo de este año⁴, no estaba previsto para una situación de emergencia sanitaria como la que hemos vivido. Más bien, la situación de calamidad pública que lo autoriza había sido tradicionalmente asociada a aquellos

⁴ Decreto Supremo N° 104, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, de 18 de marzo de 2020.

fenómenos de la naturaleza que tan frecuentemente habían azotado a nuestro país, como los terremotos y aluviones. De allí que resultara un tanto forzado decretar este estado de excepción para enfrentar el manejo de la pandemia.

La afirmación que precede se complejiza si se recuerda que el estado de catástrofe ha convivido con el estado de alerta sanitaria decretado por el Ministerio de Salud en febrero de este año⁵.

En ese contexto, no puede extrañar que se suscitara conflictos durante esta emergencia, tanto entre autoridades nacionales como entre éstas y los alcaldes, frente a las medidas concretas a adoptar.

Cuestión aparte, pero no menos importante, son las lecciones dejadas por el estallido social y, también, por la pandemia, a raíz del uso de la fuerza que despliegan los efectivos militares y policiales para mantener el orden y la seguridad pública durante la vigencia de un estado de excepción constitucional como el estado de catástrofe. La necesidad de asegurar que se cumplieran las normas del toque de queda como de las mismas cuarentenas, profundizaron las dudas que se habían levantado después del estallido social respecto del uso de la fuerza en estas situaciones, sin perjuicio de que, en foros académicos, se planteó también la necesidad de revisar la Ley N° 18.415, sobre Estados de Excepción, para una mejor adecuación con la Carta Fundamental.

Nadie discute que el Estado tiene la responsabilidad de mantener la ley y el orden, así como la paz y seguridad, dentro de su territorio. Pero esa responsabilidad supone que el mantenimiento del orden se verifique en forma respetuosa de las reglas internacionales sobre el uso de la fuerza. Ellas han sido desarrolladas a partir de principios básicos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, como son la legalidad, la necesidad, la proporcionalidad y la responsabilidad. Conforme al artículo 45 de la Constitución, los tribunales de justicia tienen la obligación de velar por el cumplimiento de estos estándares durante la vigencia de los estados de excepción, en la medida en que la aplicación de disposiciones puntuales llegue a afectar los derechos fundamentales.

⁵ Decreto Supremo N° 4, del Ministerio de Salud, de 5 de febrero de 2020.

Desde el punto de vista penal, ha sido cuestionada la constitucionalidad del artículo 318 del Código Penal, que sanciona a quien pusiere en peligro la salud pública por infracción a las reglas higiénicas o de salubridad, debidamente publicadas por la autoridad en tiempo de catástrofe, epidemia o contagio. De esta norma se ha valido la autoridad para juzgar a quienes han infringido las reglas que rigen las cuarentenas en el país, aunque los supuestos infractores no fueran personas contagiadas. El Tribunal Constitucional ha anunciado, recientemente, que se ha acogido, en forma parcial, la inaplicabilidad de esa norma, por ser contraria a la Carta Fundamental y con base en lo solicitado por una jueza de garantía. Luego, resulta necesario examinar si la estructura actual de esta norma cubre efectivamente todas las exigencias, desde el punto de vista del respeto de los derechos fundamentales, para enfrentar futuras situaciones similares a las que ha desatado esta pandemia.

En momentos en que China ha develado que una nueva bacteria ha escapado de sus laboratorios, resulta necesario reflexionar acerca de la adopción de una regulación sistémica para abordar las situaciones de emergencia sanitaria, que asuma las lecciones de este tiempo de coronavirus y que evite las dudas y cuestionamientos que ha despertado la normativa actualmente vigente. Del mismo modo, resulta aconsejable que las diversas normas de nuestro ordenamiento jurídico asuman las exigencias de transparencia que han sido destacadas por el Consejo de la Transparencia en sus diversos comunicados.

En otras palabras, es previsible que los desastres de la naturaleza, que han forjado el carácter chileno, sigan estando presentes en nuestro devenir, pero acompañados, de aquí en adelante, de situaciones de emergencia sanitaria como las vividas a raíz de la COVID-19, frente a lo cual se hace necesario determinar si es la norma fundamental la llamada a regular la forma de actuar frente a estos imprevistos o, más bien, debe propenderse a una adecuada coordinación de los instrumentos legales respectivos.

4. LA REVOLUCIÓN DIGITAL, LA BIOÉTICA Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS

El desarrollo de la pandemia ha cambiado profundamente nuestros modos de vida y de relacionamiento, tal vez para siempre.

El aislamiento obligado, producto de las cuarentenas decretadas para enfrentar la pandemia, relevó la importancia de las comunicaciones a través de espacios virtuales. Con los avances de la globalización, éstas habían estado reservadas a operaciones financieras, al fomento de nuevos hábitos de consumo y al desarrollo de redes en distintos ámbitos, como el académico. El calificativo de “intermésticas” para estas redes daba cuenta, precisamente, de la superación de las fronteras físicas para conectarnos —virtualmente— con personas y entidades situadas en el extremo opuesto del mundo y, además, en forma instantánea.

Con la pandemia, plataformas tecnológicas como Zoom y Teams, igual que aplicaciones como Rappi y Cornershop, se convirtieron en indispensables para mantener la comunicación con nuestro entorno más cercano y para seguir desarrollando nuestras actividades destinadas a satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria y preservar el sustento de nuestras familias. Ciudades semivacías fueron reemplazadas por miles y miles de carreteras virtuales que operaban simultáneamente para suplir la imposibilidad de los encuentros físicos y la presencia en los lugares de trabajo.

En forma paralela, la importancia de la comunicación mediante teléfonos celulares y algunas de sus aplicaciones, como WhatsApp y Skype, entre otras, cobraron inusitada importancia ante la necesidad de comunicarnos, de alguna forma, en tiempos de cuarentena.

Adicionalmente, entes públicos y privados se vieron en la necesidad de revisar sus protocolos de actuación que, en muchos casos, exigían la presencia física de sus integrantes. Por ejemplo, ciertos acuerdos adoptados por las sociedades anónimas requieren el apoyo de los accionistas presentes con derecho a voto⁶.

⁶ Art. 62 de la Ley 18.046, sobre Sociedades Anónimas.

Aún más, el propio Congreso Nacional debió aprobar una reforma constitucional que le permitiera sesionar en forma telemática una vez declarada una cuarentena sanitaria o un estado de excepción constitucional por calamidad pública⁷, pues la propia Constitución exige *quórum*s que se computan sobre la base de los diputados y senadores presentes (artículo 66).

Por su parte, los desesperados esfuerzos científicos por descubrir una vacuna contra el coronavirus han mantenido conectados, vía Internet, a los investigadores de las más prestigiosas universidades y centros de investigación del mundo, con el fin de aunar esfuerzos para paliar los demoledores efectos de la COVID-19, especialmente en pérdida de vidas humanas.

En suma, todo un universo de circulación de datos a través de espacios virtuales.

Al respecto, el profesor Juan Carlos Manríquez ha planteado que

el “objeto de deseo” hoy son los datos, los sistemas de información, los data bases que son sumamente valiosas (...), es el nuevo petróleo, y particularmente la información financiera y la conducta del usuario, predecible luego de trackearla y procesarla usando algoritmos, inteligencia artificial (IA), herramientas biométricas (huellas y reconocimiento facial, FR), etc. (Manríquez, 2020)

En consecuencia, la pandemia ha reforzado las formas de comunicarnos y de interactuar con otros. Pero, al mismo tiempo, ha sembrado un camino nuevo de inseguridades e incertezas frente al manejo de los datos personales que circulan a través de las plataformas virtuales, así como de los nuevos delitos que puedan cometerse en estas verdaderas carreteras de circulación de datos. La ciberseguridad y la protección de los datos personales han experimentado, entonces, una resignificación con ocasión de esta pandemia, lo cual hará necesario afinar los proyectos pendientes en el Congreso Nacional, ya sea respecto de la actualización de la legislación sobre delitos informáticos (Ley N° 19.223) y su adecuación al Convenio de Budapest⁸, como el relativo a

⁷ Ley 21.219.

⁸ Convenio sobre la Ciberdelincuencia del Consejo de Europa, del que Chile es parte.

la modificación de la ley que regula la protección de datos de carácter personal (Ley N° 19.628), teniendo presentes los más modernos criterios de la OCDE.

Con todo, esta pandemia ha abierto otras interrogantes, relacionadas con la protección de la esfera de la intimidad de toda persona, frente al uso de dispositivos de georeferencia que permiten hacer un seguimiento de aquéllas que estuvieron contagiadas con el coronavirus como de aquéllas con quienes estuvieron contactadas. Estas novedades, que constituyen formas de aplicación de la inteligencia artificial (IA), ciertamente no pueden atribuirse a la pandemia. Como precisa el filósofo francés Éric Sadin, explicando los alcances de su nuevo libro *La inteligencia artificial o el desafío del siglo*, hay que ver cómo la aplicación de los algoritmos está sirviendo para detectar enfermedades y prescribir tratamientos. Agrega que en las “empresas 4.0”, como Amazon, los movimientos de los trabajadores ya estaban siendo monitoreados para luego indicarles qué hacer o cómo hacerlo, teniendo en vista el criterio de la eficiencia. En China, por su parte, el sistema de crédito social ya premiaba o castigaba a los ciudadanos de acuerdo con su comportamiento, que es monitoreado por cámaras y toda una trama de tecnologías (Sadin, 2020, pp. E1-E2).

La pospandemia constituye, entonces, una gran oportunidad para ir compatibilizando los logros de la inteligencia artificial con los valores más propios del ser humano, como su libertad de elegir, su libertad de conciencia y la defensa de su intimidad, reflejada en el respeto a su honra y a su vida privada, y a la inviolabilidad de su hogar y de toda forma de comunicación privada.

En entrevista concedida al diario *El País*, el 12 de febrero de 2020, el científico español Rafael Yuste ha llamado a recoger, incluso con rango constitucional, la protección de los denominados “neuroderechos”, tal como lo planteara en el Congreso Futuro, llevado a cabo en Chile hace algunos años. En la citada entrevista, el doctor Yuste planteaba que “el peligro más evidente es la pérdida de la privacidad mental”. A modo de ejemplo indicaba que

Numerosas compañías ya tienen desarrollados dispositivos, generalmente en forma de diadema, para registrar la actividad cerebral de los usuarios que quieren controlar mentalmente drones y coches, o medir el nivel de

concentración o el estrés de los trabajadores como sucede con conductores públicos en China.

La neurobióloga Mara Dierssen agregaba, en esa misma entrevista, que “a largo plazo se pretende que los implantes puedan entrar en el campo de la cirugía electiva para quienes quieran potenciar el poder de su cerebro con un ordenador.”

Por lo tanto, el uso de la tecnología digital y el increíble universo de datos personales que maneja puede terminar condicionando el actuar del ser humano, acercándonos a un mundo de ficción como el descrito por Aldous Huxley en *Un mundo feliz*.

Así, son muchos los problemas éticos que, en tiempos de pandemia como el que hemos estado viviendo, se levantan a propósito del mayor uso de las herramientas tecnológicas y de las redes de datos. ¿Podría un computador de última generación decidir el dilema de “la última cama” con más acierto y justicia que una junta médica? Esta pregunta da cuenta del tipo de conflictos que estamos enfrentando y que podrían profundizarse en el futuro.

De allí que el grupo de expertos que trabaja bajo el liderazgo de Rafael Yuste ha centrado la atención en cinco neuroderechos que podrían verse anulados o atropellados en esta era digital: 1) el derecho a la identidad personal; 2) el derecho al libre albedrío; 3) el derecho a la privacidad mental; 4) el derecho al acceso equitativo a las tecnologías que potencien las capacidades humanas, y 5) el derecho a la protección contra sesgos y discriminación.

Desde otra perspectiva, es claro que, aunque la pandemia nos ha obligado a estar reclusos en nuestros hogares por varios meses, muchos aspiran a que los trabajos o funciones que desempeñaban antes de esta emergencia no se vean simplemente reemplazados por sistemas de algoritmos que, aparentemente, aseguran la superación de los márgenes de error humano, pero que difícilmente podrían desarrollar la conciencia propia de la persona.

Los ordenadores, en principio, son capaces de lograr inteligencia, entendida como la capacidad para resolver problemas, pero es la conciencia la que produce los sentimientos de amor, solidaridad, pasión o ira (Harari, 2018, p. 92).

Los problemas que resuelve un juez, por ejemplo, tienen que ver no solo con la aplicación mecánica de las normas. Más bien se orientan a desentrañar la finalidad de aquellas, con el objeto de hacer justicia en el caso concreto. Y esa labor supone considerar factores que se relacionan con las motivaciones, con las reacciones frente a una ofuscación o con los sentimientos más cercanos que, por ejemplo, un hijo desarrolla con uno de los padres y que deberán ser ponderados al momento de decidir un juicio de tuición.

Por lo tanto, la pandemia que hemos vivido ha revelado las ventajas que puede traer a nuestras vidas la aplicación de técnicas de inteligencia artificial, pero hay una precaución que el derecho pospandemia debe tener siempre presente y es que, si bien ha de regular conductas exteriores del ser humano, éstas van a estar siempre originadas en sentimientos, respuestas emocionales o valores propios de la convivencia humana, como la solidaridad y la tolerancia, que no pueden ser reemplazados ni absorbidos por los algoritmos.

5. EMPRESAS Y TRABAJO

Es un hecho que la pandemia ha afectado la productividad en todo el mundo, con la consecuente caída del PIB en cada uno de los países. El empleo también se ha visto fuertemente resentido, pues, producto de la falta de recursos, muchos empresarios, sobre todo en el ámbito de las PYMES, han debido cerrar sus fuentes de trabajo o reducirlas significativamente ante la dificultad de seguir generando ingresos y de acceso al crédito.

El 1° de abril de 2020 entró en vigencia la Ley 21.260, que regula el trabajo a distancia y que se denomina “teletrabajo” cuando los servicios son prestados mediante la utilización de medios tecnológicos, informáticos o de telecomunicaciones, o si tales servicios deben reportarse a través de estos medios. Esta medida legal, que significó compatibilizar el aislamiento propio de la cuarentena con la continuidad del trabajo, no dejó de revestir problemas, por ejemplo, porque los empleadores debieron implementar, a su costo y cuando correspondiese, un sistema de registro fidedigno del cumplimiento de la jornada laboral, a objeto de evitar situaciones de fraude.

Es así como, con ocasión de la pandemia, nuestro país debió impulsar formas de trabajo a distancia que, sin requerir la presencia física de los trabajadores en el lugar habitual de desempeño de sus labores, les permitiera seguir vinculados a su fuente de trabajo cumpliendo las obligaciones inherentes.

Probablemente, nosotros mismos hemos quedado sorprendidos de cómo hemos podido seguir desempeñando nuestras obligaciones laborales desde nuestros propios hogares.

Podría decirse, entonces, que la pandemia ha representado el escenario propicio para pensar en la incorporación de esta modalidad de cumplimiento de las funciones y tareas derivadas de la función pública o de un contrato de trabajo, más allá de la circunstancia puntual de una emergencia sanitaria como la que hemos vivido.

En efecto, el trabajo a distancia puede representar una solución muy adecuada para compatibilizar el ansiado equilibrio, en el caso de las mujeres, entre su rol de formadoras de nuevas vidas y el deseo natural de desarrollarse profesionalmente, o a través de su colaboración en algún emprendimiento. Por su parte, el principio de igualdad entre hombres y mujeres, reconocido en el artículo 19 N° 2° de la Constitución, encontraría una justa materialización si se consagrara la opción de que padres y madres pudieran, alternativamente, desarrollar estas formas de trabajo a distancia, fomentando la corresponsabilidad en la educación de los hijos.

Por lo tanto, el Derecho posterior a la pandemia debiera asumir la experiencia del trabajo a distancia y del teletrabajo mediante una normativa permanente en el sentido antes indicado, reconociendo que ello aportaría a elevar los índices de una vida personal y familiar de mayor calidad reforzando, a la vez, el rol de la familia como núcleo fundamental de la sociedad.

Desde el punto de vista de las empresas, la experiencia vivida durante esta pandemia ha dejado en evidencia que los instrumentos que contemplaba el ordenamiento jurídico vigente para apoyar el emprendimiento, resultaron insuficientes frente a la caída general de los índices económicos. Por su parte, los instrumentos con que con-

taba la autoridad para enfrentar una emergencia como la que hemos vivido también resultaron insuficientes. Prueba de ello es la dictación de la Ley N° 21.253, publicada en el Diario Oficial de 20 de agosto de 2020, que adicionó a las facultades del Banco Central, las de comprar y vender, en el mercado secundario abierto, instrumentos de deuda emitidos por el Fisco en situaciones excepcionales y transitorias.

Las mismas legislaciones específicas adoptadas durante la pandemia, como la que permite la postergación del pago de los créditos contraídos con el sistema financiero, suscitaban fuertes reproches desde el punto de vista de la capacidad del sistema para tolerar este beneficio a los deudores, con mayor razón cuando, finalmente, esas deudas habrían de solventarse sin el correspondiente pago de reajustes e intereses⁹. Esta normativa, ciertamente, estaba llamada a impactar el corazón del sistema de operaciones de crédito en dinero, que no solo puede ser afectado en situaciones de emergencia sanitaria como la que hemos vivido, sino también como consecuencia de una fuerte recesión económica, que es un peligro siempre latente.

La lección de fondo de este relato es que Chile ha sido un Estado más preparado para reaccionar frente a las situaciones de excepción que para anticiparse a riesgos y amenazas, que parecen nos acompañarán de forma más permanente, y ello, evidentemente, es un gran desafío para la configuración del Derecho en los tiempos que vienen.

Así, muchas de las normativas adoptadas para enfrentar las situaciones generadas por la pandemia en el mundo de la productividad, del comercio y del empleo debieran ser analizadas para que, sobre la base de aprovechar las lecciones obtenidas en los últimos meses, seamos capaces de generar legislaciones flexibles y abiertas para abordar, sólidamente, los riesgos que ha develado esta pandemia, así como las dinámicas propias de la globalización.

Del mismo modo, si el avance de la globalización había hecho necesario diseñar políticas de reorientación de la mano de obra productiva, ante el creciente desplazamiento de personas por robots y máquinas

⁹ Boletines N°s 13.328-03, 13.371-03, 13.391-03, 13.392-03 y 13.394-03, correspondientes a las respectivas mociones parlamentarias acumuladas.

inteligentes, hoy el aumento de las tasas de desempleo y la paralización de algunas fuentes productivas primarias hacen imprescindible diseñar instrumentos para que aquellas personas que han nacido y vivido en torno al desarrollo de determinados oficios, puedan seguir sustentando su vida en otro tipo de actividades y con la debida capacitación.

6. DESBUROCRATIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO

La Comisión de Modernización del Estado, impulsada por el Centro de Estudios Públicos (CEP), cuyo informe final se dio a conocer en 2017, sostuvo que “[m]ejorar la capacidad del Estado para responder a las necesidades y expectativas de los ciudadanos es, quizás, el mayor desafío de las políticas públicas modernas” (Centro de Estudios Públicos, 2017, p. 13). Más adelante agregaba que sería ilusorio o reduccionista pensar que la crisis de confianza en las instituciones y la política obedece solo a una insatisfacción ciudadana con la calidad de los servicios públicos que recibe (*Ibid.*, p. 15).

Resulta necesario analizar la afirmación precedente en el contexto de la pandemia que ha afectado a Chile y al resto del mundo. Porque cuando los ciudadanos se vieron imposibilitados de realizar ciertos trámites esenciales, por ejemplo, ante el Servicio de Registro Civil e Identificación, producto de las cuarentenas decretadas, el nivel de insatisfacción frente a las instituciones estatales tendió a acrecentarse. Solo en ese momento, muchos pensamos por qué no hemos sido capaces de avanzar más en el sistema de trámites en línea que evite la necesaria presencia física.

Si bien el surgimiento de la División Encargada de la Transformación Digital del Estado, destinada a cumplir con el mandato legal conferido en este sentido al Ministerio Secretaría General de la Presidencia, había registrado notables avances en el periodo previo a la pandemia, como es el caso de la firma digital, es un hecho indiscutible que la lentitud en la implementación de las nuevas tecnologías para cumplir trámites relevantes para el ciudadano, se mostró como una cruda realidad en este periodo de coronavirus.

De hecho, solo en fecha reciente la página de Gobierno Digital ha anunciado el avance hacia un sistema de estampado electrónico de

los pasaportes, así como la posibilidad de obtener la clave única para la realización de diversos trámites públicos. Debemos recordar que, al iniciarse el periodo de cuarentena, muchas personas sufrieron la desesperación de no poder acceder a la obtención de permisos temporales, a través del sistema de Comisaría Virtual, por carecer de dicha clave de acceso, que solo podía obtenerse presencialmente ante las oficinas del Servicio de Registro Civil e Identificación.

En consecuencia, resulta deseable la expansión del sistema de firma digital de autoridades, la ampliación de los trámites públicos que pueden realizarse en línea y el rediseño de las páginas web de las principales instituciones, a nivel nacional, regional y local, para canalizar inquietudes y reclamos que, finalmente, son expresión del derecho de petición asegurado a toda persona.

7. REDES SOCIALES Y *FAKE NEWS*

Así como estos tiempos de pandemia han llevado a una revalorización de la comunicación a través de Internet, no puede desconocerse el auge que, en el mismo periodo, han experimentado las diversas redes sociales, como forma de mantenernos conectados frente al imperativo de aislamiento físico.

Las redes sociales generan verdaderas comunidades virtuales, que representan la progresiva adaptación de los seres humanos a diferentes ambientes o *hábitats*: natural, urbano y, ahora, telemático (Yus, 2011, p. 26). En cuanto comunidades, no difieren mayormente de cualquier otra comunidad caracterizada por los atributos de pertenencia, relacionamiento, compromiso, valores, bienes y perdurabilidad, a los que se agregan la reciprocidad, normas y valores (*Idem.*).

Además, el fenómeno de las redes sociales ha contribuido a ciertos cambios profundos en el despliegue de nuestra sociabilidad, pues la comunicación de “lo privado” parece haberse transformado en una virtud pública, lo que contribuye a desdibujar, aún más, la difuminación entre lo público y lo privado, característico de la era globalizada. Como ha recordado Mária Martínez-Bascuñán, citando a Baumann y Lyon, en esas mismas redes

sacrificamos nuestro derecho a la intimidad por propia voluntad, [porque] la presión por entregar nuestra autonomía personal es tan irresistible, y nos asemejamos tanto a las ovejas de un rebaño, que la pérdida de la privacidad nos parece un precio razonable por las maravillas que recibimos a cambio. (2015, p. 180)

A lo anterior habría que añadir que, en estos últimos meses de convivencia con el coronavirus, las redes sociales han desempeñado un importante rol de *accountability*, premiando o criticando el rol que las diversas autoridades han cumplido frente a los desafíos abiertos por la pandemia. Es importante considerar que, desde antes de ésta, se había sostenido que: “La profunda crisis que vivimos en la actualidad ha proporcionado el contexto en el que tiene lugar buena parte de la discusión teórico-política y social” (*Ibidem.* p. 175). Así, redes como Twitter, Youtube o Facebook, son hoy espacios privilegiados para difundir las medidas adoptadas por la autoridad para el manejo de esta situación de crisis, al tiempo que dan cuenta de diversos foros y encuentros en los que se van evaluando dichas medidas y el momento constituyente que estamos enfrentando. Pero, al mismo tiempo, las redes sociales han sido el ámbito buscado por muchos para apoyar o criticar la gestión del Ministerio de Salud e, incluso, la del presidente de la República durante la pandemia. De la misma forma, a través de ellas han surgido detractores y defensores de acusaciones constitucionales tramitadas en el Congreso Nacional respecto de diversas autoridades.

Desde cierto punto de vista, es deseable que las redes sociales se conviertan en auténticos canales de participación ciudadana en una democracia digital. Desde otro punto de vista, sin embargo, la utilización de las redes sociales como medios de expresión de la intolerancia, la falta de respeto por el otro y la afectación de derechos como el que protege la honra de la persona y de su familia, como también el derecho a la protección de la propia imagen, es un fenómeno preocupante.

Afortunadamente, la jurisprudencia reciente de la Corte Suprema ha venido entregando parámetros para limitar la libertad de expresión a través de las redes sociales, asimilándolas a la definición de los medios de comunicación social. Así, en sentencia del año 2018, recaída en un recurso de protección, ha afirmado que:

... en el actual contexto histórico, las redes sociales tales como Facebook, Twitter o Youtube, deben ser entendidas como medios de comunicación, tal como lo destaca Mario Carlón (Público, Privado e Íntimo: El caso Chicas Bondi y el conflicto entre el derecho a la imagen y libertad de expresión en la circulación contemporánea”, año 2015, academia.edu, consultado en Google Académico el 5 de abril de 2018 (https://amazonaws.com/academia.edu.documents/43514041/ciseco_2014_chicas_bondi_) al decir que “en la sociedad hipermediatizada actual cada uno de nosotros administra nuestro propio medio de comunicación: es lo que ha sucedido desde la emergencia de las redes sociales (con Facebook en particular ...), que son tanto redes sociales como medios de comunicación y, siendo así, es posible concluir que la publicación de la recurrida debió sujetarse a ciertas condiciones mínimas, exigibles a quienes publican en los medios de comunicación social, que permitieran legitimar la afectación de los derechos a la honra, la intimidad, a la imagen y al olvido, de los que son titulares todas las personas, incluido el actor.¹⁰

La precisión efectuada por la Corte Suprema cobra la máxima importancia en tiempos en que las redes sociales han venido a ocupar importantes espacios en reemplazo de los espacios físicos de participación y debate en democracia. Es natural, entonces, que el apasionamiento de los juicios y de las expresiones que se vierten a través de ellas, produzca conflictos entre la libertad de expresión y los derechos vinculados al ámbito de la privacidad de las personas, como los que han debido ser resueltos por el máximo tribunal de la República.

En consecuencia, este es un punto que debiera asumir el Derecho pospandemia. Los alcances efectuados por la Corte Suprema en la resolución de conflictos jurídicos concretos debieran llevar a una revisión de la Ley N° 19.733, sobre las libertades de opinión e información y ejercicio del periodismo, de forma que las puntualizaciones efectuadas por la jurisprudencia, tanto en cuanto a la naturaleza jurídica de las redes sociales como en lo referido a los límites que deben observarse en su utilización, se traduzcan en normas jurídicas vinculantes.

Otra realidad evidenciada durante esta pandemia ha sido la proliferación de las denominadas *fake news* a través de las mismas redes sociales. Hemos vivido distintas manifestaciones de este fenómeno, que van desde afirmar la falsedad del coronavirus hasta anunciar el descubri-

¹⁰ Corte Suprema, Sentencia Rol N° 450-2018, de 22 de mayo de 2018, considerando 7°.

miento de vacunas que permitirían combatirlo en forma efectiva. Este fenómeno ha sido denominado como “infodemia” por la Organización Mundial de la Salud, al alertar a los países, en febrero de este año, sobre la escalada de información falsa que se debía combatir paralelamente a la expansión del virus (Catalán-Matamoros, 2020, p 5).

Pareciera que la forma de enfrentar las *fake news* depende, primeramente, de un desafío a la ciencia de la comunicación, pero también es un tema de la sociología y de la cultura. Por algo se ha sostenido que

la lucha contra la información falsa y las *fake news* y la ciencia en general debe comenzar por reconocer que los datos científicos, la verificación de datos y la corrección de la información no es suficiente para combatir la *infodemia* actual. [Se sugiere, entonces, el desarrollo de] un conocimiento profundo sobre cómo las redes sociales facilitan o limitan la interacción entre datos científicos con emociones, valores y creencias, así como su influencia sobre la percepción pública sobre salud y ciencia en general. (*Ibídem*, p. 6)

En esta perspectiva, debe considerarse que la propia Constitución —hasta ahora vigente— señala, en su artículo 19 N° 12°, que el ejercicio de las libertades de opinar y de informar se asegura a toda persona, “sin perjuicio de responder de los delitos y abusos que se cometan en el ejercicio de esas libertades”, en conformidad a una ley de *quórum* calificado. Ello hace necesario, entonces, que tanto la Ley N° 19.733, como el Código Penal, en su caso, contemplen figuras típicas y punibles relacionadas con las *fake news*, de forma de ir coadyuvando a toda la sociedad para un ejercicio responsable de la libertad de expresión a través de las redes sociales.

8. CONCLUSIONES

- 8.1. El mundo se ha visto enfrentado a una pandemia casi sin precedentes, que, en gran medida, obligó a todos los Estados del mundo a improvisar soluciones y respuestas.
- 8.2. En el caso de Chile, la pandemia nos encontró en medio de una atmósfera de crisis, derivada del estallido social de octubre de 2019, en la que las instituciones y el Derecho se vieron impactados en su legitimidad, especialmente en la mirada crítica de los más jóvenes.

Luego, el sistema institucional y jurídico de nuestro país ya estaba sometido a prueba desde el 18 de octubre, lo que vino a ser agravado por la pandemia.

- 8.3. La tarea de recuperar la confianza en el Derecho como regulador del orden social puede ser vista como una oportunidad a raíz de la pandemia. La necesidad de cautelar adecuadamente los derechos fundamentales durante estas situaciones de crisis debe llevar a evaluar la permanencia de ciertas normas que se adoptaron durante este periodo excepcional, pero que debieran convertirse en parámetros que se extendieran a los tiempos de normalidad. En este sentido, la regulación en la utilización de los medios digitales y de las redes sociales debiera ser asumida con particular relevancia. Similar conclusión puede sentarse respecto de las normativas adoptadas en relación con el trabajo a distancia y con el fomento a la productividad y el acceso al crédito. En otros casos, como en la regulación constitucional y legal del estado de catástrofe, en casos de emergencia sanitaria, es evidente que urge una revisión.
- 8.4. Finalmente, el tiempo de pandemia ha dejado lecciones importantes no solo para el Derecho, sino también para la democracia. Cada uno de nosotros hemos sido testigos, pero también actores, de diversas medidas implementadas, por ejemplo, a través de la Mesa Social Covid 19, en las que la sociedad civil ha podido estar representada. Al mismo tiempo, la ciudadanía ha tenido la posibilidad de ejercer un *accountability* directo de esas medidas a través de las redes sociales, además de los medios de comunicación tradicionales, manifestando su apoyo o su rechazo, según el caso. La lección es que la gobernanza que hoy requiere la democracia supone la interacción permanente con un ciudadano que no se limita a participar, esporádicamente, en actos electorales, sino que aspira a ser un coagente, un corresponsable y un copartícipe de las decisiones públicas. Si ellas se traducen en normas jurídicas, ello contribuirá, ciertamente, a infundirles mayor obligatoriedad desde el punto de vista del compromiso en la conciencia que se generará en cada uno de sus destinatarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles. (1981). *La Política*. Madrid: Editora Nacional. Catalán-Matamoros, D. (2020). La comunicación sobre la pandemia del COVID-19 en la era digital: manipulación informativa, fake news y redes sociales. *Revista Española de Comunicación en Salud*, Supl. 1, S5-S8. Cea Egaña, J. L. (2009). Estado y Sociedad Civil en Chile. Presente y perspectiva. En: J. Arancibia y J. I. Martínez (Eds.), *La primacía de la persona. Estudios en homenaje al profesor Eduardo Soto Kloss* (pp. 59-66). Santiago: Editorial Legal Publishing.
- Centro de Estudios Públicos. (2017). *Un Estado para la Ciudadanía. Informe de la Comisión de Modernización del Estado*. Santiago: CEP. Fuller, L. L. (2019). *La moral del Derecho*. Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad. Colección Vanguardia.
- Harari, Y. N. (2018). *21 Lecciones para el Siglo XXI*. Santiago: Penguin Random House Grupo Editorial S.A..
- Lasalle, F. (1984). *¿Qué es una Constitución?* Barcelona: Editorial Ariel.
- Manríquez, J. C. (2020). *Marco normativo de los delitos informáticos y cibernéticos en Chile*. Recuperado de <https://mbcia.cl/2020/09/10/marco-normativo-de-los-delitos-informaticos-y-ciberneticos-en-chile-por-juan-carlos-manriquez/>, en 10 de septiembre de 2020.
- Maritain, J. (1952). *El Hombre y el Estado*. 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Guillermo Kraft Limitada.
- Martínez-Bascuñán, M. (2015). Democracia y Redes Sociales: el ejemplo de Twitter. *Revista de Estudios Políticos* (Nueva Época), 168, 175-198. DOI: <https://doi.org/10.18042/38737>
- Peña Torres, M. (1998). Nuevos desafíos derivados de la ciudadanía. *Revista Chilena de Derecho*, 25(1), 217-233.
- Peña, C. (2020). *Pensar el malestar: la crisis de octubre y la cuestión constitucional*. 3ª Ed. Santiago: Penguin Random House Grupo Editorial S.A. Sadin, É. (30 agosto 2020). Inteligencia artificial: ¿Un antihumanismo radical? *El Mercurio, Artes y Letras*, Santiago de Chile, E1 y E2.
- Silva Bascuñán, A. (2010). *El abogado, un servidor de la justicia: selección de discursos pronunciados durante la presidencia del Colegio de Abogados (1965-1974)*. Santiago de Chile: La Mandrágora Ltda.
- Yus, F. (2011). *Cyberpragmatics: Internet-mediated communication in context*. Amsterdam-Philadelphia: John Benjamin V.B.

Yuste, R. (12 febrero 2020). ¿Por qué hay que prohibir que nos manipulen el cerebro antes de que sea posible? *Diario El País Digital*, Recuperado de http://elpais.com/elpais/2020/01/30/ciencia/1580381695_084761.html

Marisol Peña Torres. Abogada de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magister en Estudios Internacionales, Universidad de Chile. Profesora Titular de Derecho Constitucional en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ministra del Tribunal Constitucional (2006-2028) y presidenta de esa Magistratura (2013-2014). Ex Secretaria General de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Autora de diversos artículos y textos de Derecho Constitucional publicados en revistas nacionales y extranjeras. Elegida tres veces como una de las Mujeres Líderes de Chile. Miembro de Número de la Academia de Ciencias Sociales Políticas y Morales del Instituto de Chile.

LOS ROSTROS DE LA PANDEMIA: UN ACERCAMIENTO LITERARIO, HISTÓRICO Y FILOSÓFICO

RICARDO LÓPEZ PÉREZ¹

“Deducer lo invisible de lo visible”.

Solón de Atenas

RESUMEN

Genéricamente, una pandemia es una enfermedad infecto-contagiosa, iniciada en una región determinada, que traspasa sus fronteras naturales para extenderse a otras áreas (Re de Magni y otros, 1999). La etimología del vocablo nada dice de enfermedad. Proviene del griego y se compone de dos palabras: *pan* que significa “todo”, y *demós* referido al “pueblo”, y más precisamente al pueblo organizado. Las palabras tienen una partida de nacimiento y una biografía. Estos aspectos no siempre guardan coherencia y pueden resultar difíciles de rastrear. En este caso particular, “pandemia” adopta sus significados más por su historia que por su etimología.

Pan es un dios griego de los bosques. Un ser lascivo, mitad hombre y mitad animal, que persigue por igual a ninfas y muchachos, y que recurre a la autosatisfacción cuando fracasa en sus intentos. (En otra vertiente, el terror provocado en sus víctimas generó la palabra “pánico”.) Su filiación es incierta, pero en una de sus versiones aparece como hijo de Hermes, quien al nacer lo lleva al Olimpo. Allí los dioses lo bautizan como Pan, porque le alegró el corazón a “todos” (Grimal, 2006).

Concretamente, hay enfermedades cuya presencia es recurrente y alcanzan a toda la población. Se habla de “pandemia” para aludir a esta condición de indeseable universalidad. Sin embargo, en el universo de los significados, las cosas se extienden todavía más, porque las pandemias tienen muchos rostros: son al mismo tiempo infortunios, oportunidades, amenazas, castigos y armas de agresión.

Palabras clave: pandemia, eterno retorno, amenaza, castigo, arma, pensamiento.

¹ Departamento de Educación en Ciencias de las Salud (DECSA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Centro de Estudios de la Creatividad y Educación Superior (CICES), Universidad de Santiago de Chile.

1. LAS PANDEMIAS Y EL ETERNO RETORNO

En las primeras páginas de *La peste* de Albert Camus se lee: “Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras y, sin embargo, pestes y guerras cogen a las gentes desprevenidas” (2011, p. 45). Publicada en 1947, esta novela narra unos hechos ocurridos en Orán, una ciudad pequeña, nada llamativa, más bien sombría, afectada por la peste. Todo comienza con un ratón muerto a la subida de una escalera. Las cosas se suceden rápido y a poco andar la muerte acecha a cada persona.

Bajo amenaza la vida se ha trastornado, la ciudad entera termina sometida a un estado de sitio. Es una situación límite: el absurdo, la injusticia, el desamparo, la impotencia, la arbitrariedad, la pérdida de control, el no saber... Bajo la imposición de esta fuerza poderosa todo marcha fuera de cálculo. Domina lo inesperado. Unos ciudadanos se vuelven reflexivos, otros se ven asaltados por asuntos que jamás fueron importantes, algunos se dejan dominar por el desconcierto, surgen desconfianzas e inseguridades que cruzan todo el horizonte de la existencia. La peste es multipresente.

No es indiferente que Camus hable de pestes y de guerras como si se tratara de fenómenos equivalentes. Ambas son frecuentes en la historia, ambas expresan la destrucción y el miedo, y ambas nos recuerdan nuestra finitud. Son situaciones límite que enfrentan a las personas entre sí, consigo mismos y con lo desconocido.

Las descripciones de Camus resultan reveladoras, porque la peste actúa como un lente de aumento sobre un drama que con seguridad es permanente: “Pero, ¿qué quiere decir la peste? Es la vida y nada más” (2011, p. 349). La peste se parece a la vida, es parte de ella, y muestra con mayor nitidez lo que de cualquier modo está allí: situaciones irresueltas, zonas opacas de la existencia, tensiones, contradicciones y esa fundamental falta de autoconocimiento.

Pandemias, epidemias, pestes y plagas tienden a confundirse. Sin duda, son fenómenos recurrentes, seguramente una manifestación de lo que Nietzsche llamaba el “eterno retorno”; una formulación que concibe el universo como una totalidad cerrada en la que todo lo existente da vueltas sin cesar. La aparición permanente de lo mismo: lo que ocurrió ya había ocurrido antes y ocurrirá mañana con la misma forma. Lo que

fue es lo que será; lo que será es lo que ha sido. Un tiempo circular, recurrente, no lineal.

Con esta doctrina Nietzsche aspira a romper una larga oposición entre ser y devenir, postulando que la vida se resuelve en un puro devenir. No cabe reducir y empobrecer la vida, el ser íntimo de las cosas consiste precisamente en un devenir radical, en su retorno infinito. El eterno retorno habla de un tiempo y una historia que se encuentran en un incesante hacerse y rehacerse. Momentos que retornan, confiriendo al “aquí y ahora” la dignidad de lo eterno, en oposición a las concepciones teológicas tradicionales o estrictamente racionalistas. El mismo Nietzsche, que anuncia la muerte de dios en el famoso parágrafo 125 de su *Ciencia jovial*, sugiere una probable resurrección en un olvidado pasaje final del *Zaratustra*: “El viejo Dios vive de nuevo, oh Zaratustra, digas lo que digas” (1972, p. 417).

Todo nace, todo muere, todo renace. Acaso nada muere realmente. Albert Camus escribe:

Oyendo los gritos de alegría que subían de la ciudad, Rieux tenía presente que esta alegría está amenazada. Pues él sabía que esta muchedumbre dichosa ignoraba lo que se puede leer en los libros, que el bacilo de la peste no muere ni desaparece jamás, que puede permanecer durante decenios dormido en los muebles, en la ropa, que espera pacientemente en las alcobas, en las bodegas, en las maletas, los pañuelos y los papeles, y que puede llegar un día en que la peste, para desgracia y enseñanza de los hombres, despierte a sus ratas y las mande a morir en una ciudad dichosa. (2011, p. 351)

La idea del tiempo que gira en sí mismo, que repite sin cesar su contenido limitado, forma parte de concepciones de larga data. Con seguridad, Nietzsche no ignoraba el mito de Sísifo, condenado a un gesto eterno y estéril, ni el nacimiento de Dioniso, que nace, muere y renace varias veces, y que encarna como pocos las oposiciones y contradicciones propias de la existencia. Tampoco pudo ignorar al romano Lucrecio, quien, a comienzos de la era cristiana, estaba persuadido de que “damos vuelta siempre en el mismo círculo sin poder salir” (*De rerum natura*, III, 1080).

Sísifo ha sido sancionado por los dioses, por revelar secretos divinos. Reconocido por su astucia, pero no pudo librarse del infame castigo

consistente en llevar cada día una enorme piedra a lo alto de un monte. Cercano a la cima, ya próximo a completar la tarea, la piedra rueda colina abajo. Así, una y otra vez. Abatido por el cansancio debe empezar nuevamente, y en cada caso con el mismo resultado; se trata de un castigo eterno.

Camus parece recoger esta idea:

Y es que nada es menos espectacular que una peste, y por su duración misma las grandes desgracias son monótonas. En el recuerdo de los que los han vivido, los días terribles de la peste no aparecen como una gran hoguera interminable y cruenta, sino más bien como un ininterrumpido pisoteo que aplasta todo a su paso. (2011, p. 205)

Algo semejante tratándose de Dioniso, una auténtica divinidad hijo de una mortal. Dios de la embriaguez divina y del amor más encendido. Por su cuerpo circula sangre divina y sangre humana; es un dios, es un hombre. Representa la unidad de lo distinto y la superación de la fragmentación. Hijo de la mortal Semele, primogénita del rey de Tebas, y del gran Zeus, señor del Olimpo y dueño del rayo. Su nacimiento ocurre varias veces, y en cada caso es un verdadero triunfo. Dos veces fue despedazado y dos veces renació. La vida y la muerte cruzan su experiencia.

Representa la inevitable dualidad, con todos sus conflictos. Nada en él excluye el juego de las oposiciones. Con Ariadna conoció la inmensidad del afecto, pero también la pérdida y el dolor. Descubrió la vid y el vino, y de allí en adelante fue imposible desconocer la relación sutil en que se encuentran permanentemente los opuestos: desde el moderado placer, al exceso y la locura.

Es una divinidad errante y en ningún caso parte de una religión oficial. A diferencia de otros dioses del panteón, no tiene residencia fija en el Olimpo. Su vida está modulada de acuerdo con los ciclos de la naturaleza: muere en invierno y renace en primavera. Como ninguna otra figura, encarna el encuentro de realidades diferentes. El especialista alemán Walter Otto dice que Dioniso representa la unidad y la totalidad de un mundo infinitamente plural que abarca todo lo vivo, en el que cohabitan estrechamente placer y dolor, iluminación y trastrocamiento, lo amable y lo temible (Otto, 1997, p. 107).

Camus muestra la interioridad de uno de sus personajes, que no consigue establecer oposiciones nítidas:

Tarrou creía que la peste cambiaría y no cambiaría la ciudad, que sin duda, el más firme deseo de nuestros conciudadanos era y sería siempre el de hacer como si no hubiera cambiado nada, y que, por lo tanto, nada cambiaría en un sentido, pero, en otro, no todo se puede olvidar, ni aun teniendo la voluntad necesaria, y la peste dejaría huellas, por lo menos en los corazones. (2011, p. 318)

El mismo personaje tampoco consigue definir significados con propiedad:

Pero en conjunto, la infección retrocedía en toda la línea, y los comunicados de la prefectura, que primero habían hecho nacer tan tímida y secreta esperanza, acabaron por confirmar, en la mente de todos, la convicción de que la victoria estaba alcanzada y de que la enfermedad abandonaba sus posiciones. En verdad era difícil saber si se trataba de una victoria. (2011, p. 307)

A pesar de todo, luego de tanta incertidumbre, confusión y sufrimiento, Camus termina su novela con una nota de elevación. Hacia el final deja hablar al médico Bernard Rieux, quien no podía dejar de advertir una idea al mismo tiempo indecible y esperanzadora: "... no había uno solo de sus sufrimientos que no fuera al mismo tiempo el de los otros, y que en un mundo en que el dolor es tan frecuentemente solitario esto es una ventaja" (2011, p. 344). Poco después, el mismo Rieux, que nunca fue de los que callan, decide dejar una narración con el propósito de testimoniar a favor de los apestados, un recuerdo de la injusticia y de la violencia vivida: "... para decir simplemente algo que se aprende en medio de las plagas: que hay en los hombres más cosas dignas de admiración que de desprecio" (2011, p. 350).

2. EN EL COMIENZO ESTÁ HOMERO

La primera mención a una peste se encuentra en el primer verso de la *Iliada*, asumiendo que este texto es anterior al *Pentateuco*. Homero relata que se trata de un castigo: "... una maligna peste suscitó en el ejército, y perecían las huestes porque el Atrida había deshonrado al sacerdote Crises" (*Iliada*, 10-11).

A nueve años de comenzado el asedio a la ciudad de Troya, la peste se desata en el campamento griego. Hablando con autoridad, el adivino Calcante afirma que la enfermedad se mantendrá mientras Criseida, hija de Crises, permanezca en manos de Agamenón. El Atrida Agamenón, rey de reyes, jefe de las fuerza griegas, en una decisión imprudente, conserva como botín de guerra a la hija de un sacerdote de Apolo. Rechaza con soberbia las súplicas, los regalos e incluso las advertencias de Crises, que tiene línea directa con su dios. Esto es inaceptable, y el brillante Apolo, hijo predilecto del gran Zeus, reacciona sancionando al campamento entero. Igual como ocurrirá luego en el Éxodo o el *Levítico*, los castigos son indiferenciados y afectan a todos, no solo a los culpables. Sin intervención médica, el problema se supera cuando Criseida vuelve a casa.

Poco después de Homero, el poeta Hesíodo nos hará saber que los grandes males están desde el inicio y son parte constitutiva del existir. Bien informado por las musas, nos dice que en el comienzo fue el caos, un vacío negro y profundo; poco después nació Gea, de ancho pecho, quien engendró al estrellado Urano. Lo que sigue son feroces disputas por el poder, hasta que Zeus toma el control.

Viene a continuación una segunda generación de dioses, alumbrados por la Noche, entre los que se encuentran, entre otros, el maldito Moros, Tánato, Hipnos, la Burla, y el doloroso Lamento. A ellos se suman las Moiras, vengadoras implacables:

También alumbró a Némesis, azote de los hombres mortales, la funesta Noche. Después de ella tuvo al Engaño, la Ternura y la funesta Vejez, y engendró a la astuta Eris. Por su parte la maldita Eris parió a la dolorosa Fatiga, al Hambre y los Dolores que causan llanto, a los Combates, Guerras, Matanzas, Masacres, Odios, Mentiras, Discursos, Ambigüedades, al Desorden y la Destrucción, compañeros inseparables, y al Juramento, el que más dolores proporciona a los hombres de la tierra siempre que alguno perjura voluntariamente. (*Teogonía*, 226-234)

Un panorama inquietante, y apenas es un consuelo que Hesíodo no conociera la palabra “pandemia”. Cuando llegamos al mundo todos los males ya están allí: claramente el hambre, la destrucción, el dolor y la sangre, mucha sangre. Toda esta avalancha configura simplemente el escenario en que naturalmente deberán vivir los mortales.

Pero Hesíodo también tiene algo que decir sobre castigos, y para estos fines recurre a Prometeo. Este personaje, de gran magnetismo y sobre el cual no ha dejado de escribirse, está mencionado por primera vez por este poeta para luego ser tematizado por Esquilo y Platón. Aunque estas tres versiones no coinciden, en lo fundamental Prometeo tiene nombradía como rebelde, astuto e indisciplinado; como mentiroso, engañador y dispuesto a cualquier artimaña. Continuamente introduce el desorden en un mundo ordenado.

Prometeo ha engañado a Zeus, y esto trae graves consecuencias: para él mismo el encadenamiento y la tortura en un rocoso confín del mundo, y para los hombres la pérdida del fuego y la invención de Pandora, portadora de numerosos males. En *Los trabajos y los días*, se relata el momento en que Zeus, cuya paciencia se ha agotado, resuelve castigar a los hombres:

Te alegras de que me has robado el fuego y has conseguido engañar mi inteligencia, enorme desgracia para ti en particular y para los hombres futuros. Yo a cambio del fuego les daré un mal con el que todos se alegren de corazón acariciando con cariño su propia desgracia. (*Trabajos*, 53-58)

Zeus concibe un castigo mayor. Hesíodo, que en la *Teogonía* ha hecho nacer lo masculino de lo femenino (un acierto, sin duda, a contrapelo de la tradición judeocristiana), ahora derrama sobre la tierra nuevos males bajo la responsabilidad de una mujer. Se trata de Pandora, la encarnación del mal, más exactamente un “bello mal”. La historia es conocida; es una mujer creada a imagen de Afrodita y Atenea, con toda la belleza y las virtudes imaginables, pero enviada con un cúmulo de desgracias hasta ese momento desconocidas. Llega a la tierra con una jarra que jamás debió abrirse:

En efecto, antes vivían sobre la tierra las tribus de hombres libres de males y exentas de la dura fatiga y las penosas enfermedades que acarrearán la muerte a los hombres. Pero aquella mujer, al quitar la enorme tapa de una jarra los dejó diseminarse y procuró a los hombres lamentables inquietudes. Sólo permaneció allí dentro la Espera, aprisionada entre infrangibles muros bajo los bordes de la jarra y no pudo volar hacia la puerta; pues cayó la tapa de la jarra. (*Trabajos*, 90-98)

Después de este episodio las cosas no volverán a ser iguales: “Mil diversas amarguras deambulan entre los hombres: repleta de males está la tierra y repleto el mar” (*Trabajos*, 100-102).

Pandora se convierte así en la Eva del mundo griego: el origen de todos los males. Se ha discutido mucho sobre el verdadero significado del contenido de la jarra que no llegó a salir. En un recipiente que solo contenía males no podría estar la Esperanza, y por esta razón algunas traducciones prefieren decir la Espera. Un problema infranqueable, pero para fines prácticos el poeta no se ha equivocado: en efecto, vivimos permanentemente amenazados por numerosos males.

En lo que sigue las pandemias como castigo serán frecuentes. En el Éxodo se describen diez plagas que afectan a Egipto. Con mucha imaginación, pero escaso sentido de la justicia, Yahvé envía males que afectan a grandes y chicos, hombres y mujeres, incluso animales. El relato bíblico habla de una instrucción precisa que Moisés debe transmitir al Faraón:

Le dirás esto: “Yahvé, el Dios de los hebreos, me ha mandado decirte que dejes salir a su pueblo, para que le rinda culto en el desierto. Pero hasta ahora no has escuchado. (...) En esto conocerás que soy Yahvé: voy a golpear el Nilo con mi bastón y las aguas se convertirán en sangre. Los peces morirán, el río apestará y los egipcios tendrán asco de beber sus aguas”. (Éxodo, 7, 16-18)

La porfía del Faraón y la determinación de Yahvé tienen sus consecuencias. Unas tras otras surgen distintas plagas: luego de la primera conversión del agua en sangre, vienen una invasión de ranas, los mosquitos, tábanos, peste, úlceras, granizo, langostas, tinieblas y la muerte de los primogénitos. Esta última, especialmente desmedida, es el recurso final. A continuación ya no habrá más desobediencias: “En Egipto morirán todos los primogénitos, desde el primogénito del Faraón que se sienta en el trono, hasta el de la esclava que mueve la piedra del molino, y todos los primeros nacidos de animales” (Éxodo, 11, 5-6).

Finalmente todos aprenden, pero, para mayor seguridad, es bueno dejar establecidas algunas advertencias:

Pero si no me escuchan, si no cumplen todo eso; si desprecian mis normas y rechazan mis leyes; si no hacen caso de todos mis mandamientos y rompen mi alianza, entonces miren lo que haré yo con ustedes. (...) Mandaré sobre ustedes el terror, la peste y la fiebre; sus ojos se debilitarán y su salud irá en desmedro. Ustedes sembrarán en vano la semilla, pues se la comerán los enemigos (*Levítico*, 26, 14-17).

3. EDIPO Y LA PESTE DE ATENAS

En Occidente se despliega con fuerza la idea de las pandemias como castigo, tendencia verificable igualmente en el mundo griego clásico. El *Edipo Rey* de Sófocles es un buen ejemplo. En esta obra, la tragedia perfecta al decir de Aristóteles, las cosas se suceden desde el momento en que se ha declarado una peste en la ciudad de Tebas.

Su representación debió ocurrir hacia el 425 aC, poco después de la peste de Atenas. Sabemos con seguridad que obtuvo el primer lugar en el certamen respectivo. Atenas organizaba periódicamente concursos de tres días de duración. La tragedia toma sus contenidos del *mito*, pero no meramente para evocarlos, sino como un pretexto para debatir los asuntos que inquietan a la *polis*, como la justicia, el poder, la guerra, el crimen, la culpa, el castigo o el autoconocimiento. Cumple una función en la formación ciudadana; es una forma de arte compleja, que actúa simultáneamente como una institución política unida al curso de la democracia.

Edipo Rey arranca cuando los habitantes de Tebas acuden a su gobernante clamando por ayuda; la peste se ha apoderado de la ciudad. Suponemos que en el imaginario de los espectadores había mucha información incorporada. Edipo se convierte en rey luego de matar su padre (sin saber que lo era), casarse con Yocasta (sin saber que era su madre) y de derrotar a la monstruosa Esfinge que atormentaba a la ciudad. Así comienza:

Edipo: La ciudad está llena de incienso, a la vez que de cantos de súplica y de gemidos, y yo, porque considero justo no enterarme por otros mensajeros, he venido en persona, yo, el llamado Edipo, famoso entre todos. Así que, oh anciano, ya que eres por tu condición a quien corresponde hablar, dime en nombre de todos: ¿cuál es la causa de que estéis así ante mí? Piensa que yo querría ayudarlos en todo. (*Edipo*, 2-14)

Sacerdote: La ciudad, como tú puedes ver, está ya demasiado agitada y no es capaz todavía de levantar la cabeza de las profundidades por la sangrienta sacudida. Se debilita en las plantas fructíferas de la tierra, en los rebaños de bueyes que pacen y en los partos infecundos de las mujeres. Además, la divinidad que produce la peste, precipitándola, aflige a la ciudad. ¡Odiosa epidemia, bajo cuyos efectos está despoblada la morada Cadmea, mientras el negro Hades se enriquece entre suspiros y lamentos! (*Edipo*, 23-31)

Con gran sentido dramático las cosas van decantando. Ronda la idea de un castigo a causa del asesinato del antiguo rey de Tebas, entonces esposo de Yocasta, y de un incesto. Interviene el adivino Tiresias y le dice a Edipo: "... tú eres el azote impuro de esta tierra" (*Edipo*, 355). Edipo no está dispuesto para creer semejante imputación; nada más ajeno su auto percepción. Tiresias será todavía más explícito: "Afirmo que tú eres el asesino del hombre acerca del cual están investigando" (*Edipo*, 364-65).

Edipo, "famoso entre todos", el mejor de los mortales, poderoso y pleno de reconocimiento, poco sabe de sí mismo. El eje de la obra no es el incesto ni en el destino, sino en el autoconocimiento. Cuando Edipo adivina que hay una zona oscura, imposible de ignorar, se resuelve a buscar en su propia experiencia. Al final no tiene escape: "¡Ay, ay! Todo se cumple con certeza. ¡Oh luz del día, que te vea ahora por última vez! ¡Yo que he resultado nacido de los que no debía, teniendo relaciones con los que no podía y habiendo dado muerte a quienes no tenía que hacerlo!" (*Edipo*, 1183-88).

Yocasta se quita la vida, Edipo se ciega. La pandemia seguramente es un recurso literario, pero la decisión de Sófocles no es casual. Unos años antes Atenas había sufrido una devastadora peste que mató una cuarta parte de la población, incluyendo al gobernante Pericles. Atenas estaba en el segundo año de su guerra con Esparta, y los habitantes del Ática habían buscado refugio dentro de las murallas de la ciudad. El hacinamiento resultante generó las condiciones perfectas para el contagio.

El evento está bien documentado gracias a la monumental *Historia de la guerra del Peloponeso* de Tucídides. Ya no se trata de un poeta, sino de un historiador; un autor ilustrado cuyo propósito es narrar la historia presente, una historia vivida. El cambio de lenguaje es notorio; ahora es una escritura rigurosa, sin pretensión poética, en la cual las adjetivaciones están justificadas en los hechos. No hay castigos, ni amenazas, sólo imprevisión e infortunio. Doblemente, dado que la pandemia aparece en medio de la guerra. Tucídides escribe:

... comenzó a aparecer por primera vez la famosa peste, de la que se decía que había atacado con anterioridad en muchos lugares, como en Lemnos y en otros parajes, aunque una epidemia tan grande y tan destructora de

hombres no se recordaba que hubiera ocurrido en parte alguna. (*Historia*, II, 470)

Se nombran detalladamente los distintos síntomas, con el fin de estar preparados para futuras enfermedades. A diferencia de Homero y Sófocles, que no se detienen en los síntomas, Tucídides destina varias páginas a una descripción cuidadosa. Esto ha hecho presumir que se trató de una epidemia de tifus, que ingresó desde Egipto por el puerto de El Pireo.

Dice el autor: “Morían unos por falta de atención y otros pese a ser atendidos. Ninguno, no se encontró ni un solo remedio, por así decir, con cuya aplicación se lograra alivio (pues lo que remediaba a uno, eso mismo dañaba a otro)” (*Historia*, II, 51). Advierte que fue el contagio lo que provocó el mayor número de víctimas, habla de la compasión con los que agonizaban, y de la seguridad de quienes ya habían tenido la enfermedad, pues se sabía que no atacaba dos veces con riesgo de muerte.

Así, en medio de la guerra y la pandemia, y el creciente malestar ciudadano, una mezcla indeseable, los atenienses apuntan a Pericles. Sin escabullirse, el gobernante reúne a los ciudadanos y pronuncia un extenso discurso que pone en juego el mejor brillo de un estadista a la altura de las circunstancias (como sabemos, cuestión nada habitual):

Yo ya me esperaba este estallido de vuestra irritación contra mí (pues percibo sus causas), y he convocado a la Asamblea por lo siguiente: para refrescaros la memoria y reprocharos que sin razón os irritéis contra mí y que cedáis ante la adversidad. Porque a mi juicio, es más útil a los ciudadanos particulares el que la ciudad en su conjunto prospere, que el que los ciudadanos prosperen como individuos, pero que ella como comunidad decline. Pues un hombre a quien en lo suyo le va bien, si su patria se arruina, no en menor grado deja de perecer con ella; en cambio, si él es afortunado en una ciudad prospera, podrá salvarse mucho mejor. Así pues, cuando la ciudad es capaz de soportar los infortunios de los particulares, y en cambio cada uno de éstos no puede soportar los de aquella ¿cómo no va a ser preciso que todos la defendamos, y no hacer lo que ahora vosotros hacéis? Pues abatidos por las calamidades domesticas os despreocupáis de la salvación de la comunidad, y me echáis la culpa, a mí que os aconsejé entrar en la guerra, y a vosotros mismos que estuvisteis de acuerdo con ello. (*Historia*, II, 60)

El discurso es más extenso y tiene otros matices. De momento es sugerente observar la determinación de un gobernante enfrentando su peor momento. Centralmente, Pericles subraya que las virtudes del régimen de Atenas y las del pueblo deben ser una y la misma cosa. Con todo, esta magnífica oratoria no impidió que la ciudadanía le impusiera una multa. Pericles muere poco después en el año 429 aC.

4. EUROPA Y LA PESTE NEGRA

La más famosa de las epidemias acaso sea la llamada “peste negra”, que se inició hacia 1330 en algún lugar de Asia, extendiéndose furiosamente por Europa y el norte de África, para llegar en menos de veinte años a las costas del Atlántico: “Murieron entre 75 y 200 millones de personas, más de la cuarta parte de la población de Eurasia” (Harari, 2018, p. 16). Aun así, con toda su carga de muerte, no fue un acontecimiento excepcional ni, probablemente, tampoco la peor de la historia.

De acuerdo con el historiador de la ciencia A. C. Crombie, aquí se produjo una oportunidad para el conocimiento científico. Según relata, se escribieron más de veinte opúsculos durante los años de la peste, dando cuenta de un acercamiento sistemático al problema de los síntomas, su desarrollo, causas, formas de transmisión, prevención y curación. Las descripciones comienzan a ser rigurosas, en cierto sentido en la tradición larga de la medicina hipocrática: “Los síntomas incluían fiebre, dolor en el costado o en el pecho, tos, respiración entrecortada y pulso rápido, vómito de sangre y la aparición de bubones en las ingles, en lo sobacos o detrás de las orejas” (Crombie, 1974, p. 207).

Este alentador avance científico debió convivir con la superstición, más proclive a causalidades espurias. Las creencias comunes incluían a dioses y demonios, y las prácticas habituales eran ensalmos, conjuros y oraciones. Con frecuencia las causas se buscaban prestando atención a los influjos astrológicos, y hasta hubo intentos de predecir las pandemias basándose en la conjunción de planetas:

Se suponía que estas causas remotas operaban por medio de causas próximas y especialmente provocaban la corrupción del aire, aunque se sugerían otras causas de corrupción, como las exhalaciones de los terremotos de 1347 y el clima anormal y muy húmedo. (Crombie, 1974, p. 207)

Finalmente, en esta tensión entre el saber y la ignorancia, la peste desapareció gracias a mejores diagnósticos y decisiones de aislamiento; y especialmente cuando la rata negra, que habitaba con frecuencia en las casas, cedió su espacio a la rata marrón, más proclive a las alcantarillas. Pasó un tiempo hasta que se aprendió que el agente de contagio era una bacteria alojada en las pulgas de las ratas (Moore, 2009, p. 106).

Comúnmente, el tránsito hacia el saber científico enfrenta obstáculos y resistencias poderosas, pero esto no clausura las opciones. En el *Tratado sobre las epidemias*, atribuido a Hipócrates, por ejemplo, se puede advertir un enfoque bastante avanzado. Se hace una lista de aspectos que el médico debe tener en cuenta cuando examina un enfermo:

La naturaleza humana universal y la propia de cada persona; la enfermedad, el enfermo, las sustancias administradas, el que las administra y lo que de ello se puede concluir para bien y para mal; la constitución general de la atmósfera y las particulares, según las diversidades de cielo y lugar; los hábitos, regímenes de vida, ocupaciones, edad de cada uno, sus palabras y maneras: los silencios, pensamientos, sueños e insomnios, sus cualidades y momentos de los sueños; los gestos desordenados de las manos, los pruritos y las lágrimas; los paroxismos, evacuaciones, orina, esputos y vómitos; la naturaleza de las enfermedades que se suceden unas a otras; ciertas deposiciones que anuncian ruina y crisis; el sudor, escalofríos, temblores, tos, estornudos, el hipo, los regüeldos, los gases silenciosos o ruidosos, las hemorragias y hemorroides. (Detienne y Vernant, 1974, p. 299)

Una visión de conjunto, con un especial sentido del detalle, en la cual han sido desalojados los dioses y otras fuerzas indecibles. Sobre este fondo, los médicos medievales harán su contribución en la convicción de estar produciendo un progreso. Así lo atestigua Juan de Borgoña en un pasaje de su *Tratado sobre la enfermedad epidémica*, escrito hacia 1365:

Los maestros modernos de todo el mundo tienen más experiencia en las enfermedades pestilentes que todos los doctores del arte de la Medicina y las autoridades desde Hipócrates hasta ahora. Porque ninguno de ellos vio una epidemia tan general y duradera, ni pusieron a prueba sus esfuerzos por medio de experimentos prolongados, sino que la mayor parte de lo que dicen y consideran sobre epidemias lo han sacado de los asertos de Hipócrates. Por tanto, los maestros de hoy día poseemos mayor experiencia sobre estas enfermedades que todos los que nos han precedido, y se dice con verdad que de la experiencia viene el saber. (Crombie, 1974, p. 208)

Lo anterior se sumaba a los avances de los tiempos de la lepra. La idea de que una enfermedad específica se puede contraer por infección o contagio fue elaborada inicialmente en esa época. Escritos del siglo XVI aC muestran que los egipcios pensaban que la lepra se contraía por bañarse en el Nilo, y después, en el siglo II, Galeno creía que la padecían personas con una dieta pobre (Moore, 2009, p. 24). Lo concreto, y como expresión de un progreso evidente, esta idea del contagio fue aplicada desde finales del siglo XIII a otras enfermedades, como la erisipela, viruela, influenza, difteria y la fiebre tifoidea (Crombie, 1974, p. 208).

Estos episodios marcan también un avance en políticas públicas:

Después de la peste negra de 1348, el Departamento de Salud Pública de Padua determinó que cuando una persona muriera por causas desconocidas, el cuerpo no podía ser enterrado sin el certificado de un médico que hubiese examinado el cadáver y hubiese determinado que no había indicios de la peste. (Boorstin, 1986, p. 347)

La primera Comisión de Higiene Pública fue establecida en Venecia, en 1343. En los años siguientes se dictaron leyes en distintas ciudades para impedir la libre circulación de personas o mercaderías infectadas, y se implementaron iniciativas para aislar a los contagiados en ciudades como Ragusa, Dalmacia, Aviñón y Milán.

Un gran aporte fue también la incorporación de la medicina en el currículo obligatorio de las universidades. A lo menos desde el siglo XII, la universidad medieval reconoció siete artes, agrupadas en dos categorías desiguales: los secretos del lenguaje y los secretos de la naturaleza. En el primer caso estaba el *Trivium* (retórica, gramática y lógica), y en el segundo el *Cuadrivium* (música, aritmética, geometría y astronomía). A este segundo grupo se incorporó la medicina (Moller, 2019, p. 221).

Otro detalle que merecería un comentario más extendido, se refiere a la crítica que Platón hace a Hipócrates, y que no está recogida por los médicos medievales. El filósofo atribuye a la medicina hipocrática una preocupación desmedida por la salud del cuerpo. Hablando sobre medicina y retórica, Sócrates interviene en el *Fedro* con la siguiente afirmación:

En ambas conviene precisar la naturaleza, en un caso la del cuerpo, en otro la del alma, si es que pretendes, no solo por la rutina y la experiencia sino

por arte, dar al uno la medicación y el alimento que le trae salud y le hace fuerte, al otro palabras y prácticas de conducta, que acabarán transmitiéndole la convicción y la excelencia. (*Fedro*, 270b)

Según el enfoque platónico, lo deseable es la salud de un hombre concebido integralmente y, por ello, el filósofo se muestra desconforme con esta *tecné* muda, que ignora las posibilidades de la palabra como recurso terapéutico; un aspecto significativo, dada la creciente importancia actual de las variables de carácter psicosocial. La antigüedad clásica ofrece numerosos antecedentes sobre la palabra curativa, al punto que Pedro Laín Entralgo no duda en asignar a Platón el privilegio de ser el inventor de una psicoterapia verbal rigurosa (1987, p. 144).

5. LA MANZANA DE NEWTON Y LA GRIPE ESPAÑOLA

Las pandemias también son oportunidades en sentidos insospechados. Cualquier experiencia humana, por desastrosa que sea, puede ser una oportunidad. Nada excluye la posibilidad de convertir un evento inesperado y negativo en algo deseable. En contextos asociados a la creatividad y la innovación, se habla habitualmente de descubrir y aprovechar oportunidades, de reconocer y aceptar desafíos, o redefinir problemas.

Se puede mencionar dos ejemplos señeros. El primero de ellos involucra al científico más grande de la historia: Isaac Newton. El relato da cuenta que debió interrumpir sus actividades universitarias a causa de una pandemia de enormes dimensiones, luego conocida como la “gran peste de Londres”. Desde finales del siglo XVI y buena parte del siguiente, el país se vio afectado por sucesivas pestes. John Graunt, pionero de la demografía moderna y de la estadística, calculó que en 1635 murió una cuarta parte de la población. Una cifra presumiblemente confiable, porque desde 1592 se confeccionaban en Inglaterra listas de fallecidos con sus respectivas causas de muerte (Boorstin, 1986, p. 639).

En junio de 1665 Newton estuvo obligado a abandonar Cambridge. Ese mes la pestilencia y la muerte inundaron Londres. Fue preciso cancelar la feria anual de Sturbridge, cerrar los colegios y restringir la actividad social. En estas condiciones regresó al hogar familiar de Woolsthorpe, distante unos 150 kilómetros, en donde pudo continuar

con sus estudios de manera segura. Fueron momentos de tranquilidad y muy fértiles. Las ideas que se gestaron en esa quietud de la campiña inglesa cambiaron completamente el panorama de la física.

Se apresuró a regresar a Cambridge en marzo de 1666, confiado en que la peste había cedido, pero prontamente debió retornar. Estudió y trabajó con intensidad. Sabemos que hizo uso de la biblioteca de una parroquia cercana. El mismo cuenta que, como parte de su trabajo, calculó “el área de la hipérbola en Boothby de Lincolnshire hasta en cincuenta y dos cifras” (Ackroyd, 2012, p. 36). Con certeza no fue presa del aburrimiento.

Estas son las circunstancias en que ocurre el célebre episodio de la manzana, sobre el cual existen cuatro versiones distintas, generadas por el mismo Newton. En una de ellas, según un relato de William Stukeley, todo ocurrió en una charla informal, tomando el té:

En medio de otros temas, me contó que se encontraba en la misma situación de cuando le vino formalmente a la mente la noción de la gravitación. Fue ocasionada por la caída de una manzana mientras estaba en el suelo y de un humor contemplativo. (Ackroyd, 2012, p. 37)

Una fundamental reivindicación de la manzana (pequeño detalle inadvertido). Hasta ese momento, este inocente fruto tenía un carácter infamante, debido en particular al rol jugado en el inicio de la guerra de Troya, y luego en la publicitada expulsión de nuestros padres primigenios del paraíso, descrita en el *Génesis*. Sin embargo, después de un desprestigio de siglos, Newton posiciona la manzana como protagonista de un momento crucial para la ciencia moderna. Epidemia y manzana mediante, Newton hace un aporte al desarrollo de la ciencia del que serán deudores todos los desarrollos posteriores. Un hombre de 23 años estaba a punto de enunciar la ley de la gravitación universal.

El segundo ejemplo se relaciona con el filósofo francés Edgar Morin. En su texto *Mis demonios*, escribe:

No he dejado de estar sometido a la presión simultánea de dos ideas contrarias que me parecen, la una y la otra, igualmente ciertas. (...) Tengo, a la vez, el sentido de la irreductibilidad de la contradicción y el sentido de la complementariedad de los contrarios. Es una singularidad que he vivido, sufrido primero, asumido más tarde, integrado por fin.

Muy recientemente tomé conciencia de una contradicción inicial, agazapada sin duda en lo más profundo de mí ser. Mi padre me reveló muy tarde el “secreto de mi nacimiento”. Fui un embrión condenado por su madre a no nacer. La vida de mi madre exigía mi muerte, mi vida la amenazaba de muerte. Yo no hubiera debido nacer y nací muerto. Mi madre, víctima de la epidemia de gripe española de 1917, que había estado a punto de matarla, sufría una lesión cardíaca, pero le había ocultado a su marido que le estaba prohibido tener un hijo. Encinta por primera vez, recurrió a una abortera, pero la segunda vez, puesto que las plantas y métodos abortivos no tuvieron éxito, tuvo que exponerse a los riesgos del parto, y la comadrona se lo advirtió a su marido en el quinto mes del embarazo. El ginecólogo al que recurrieron dijo que, en cualquier caso, salvaría a la madre. De hecho, nací muerto, en un parto de nalgas, estrangulado por el cordón umbilical, e hizo falta media hora de azotes al bebé colgado por los pies para que lanzara su primer vagido.

Así, fui rechazado antes de ser amado, asesinado antes de ser adorado. *Debía morir para que ella viviera, ella debía morir para que yo viviese*. Vivir de muerte, morir de vida, esta fórmula de Heráclito que no ha dejado de obsesionarme desde que la conocí, expresa la tragedia de esta génesis: mi madre debía vivir de mi muerte, y morir de mi vida, como yo debía vivir de su muerte y morir de su vida. Y ambos, el uno y la otra, nos salvamos de milagro. He aquí, pues, el acontecimiento inicial de mi vida: nací en la muerte y fui arrancado de la muerte. Fui amado y adorado durante diez años, y luego fui abandonado. Tras haberle concedido, por dos veces, un aplazamiento, la muerte se llevó a mi madre el 26 de junio de 1931. Entonces aquella muerte me invadió por completo y yo la oculté por completo. Al mismo tiempo, mi madre permaneció íntegramente viva en mí a lo largo de toda mi vida. Esta muerte ha trabajado, sin cesar, mi vida. Nunca hablé de ello hasta mis diecinueve años. (2005, pp. 50-51)

La gripe española fue devastadora a nivel planetario; solo en España murieron 300.000 personas. Su origen es incierto, pero lo concreto es que tras registrarse los primeros casos en Europa, la gripe pasó a España, un país neutral que durante la Gran Guerra no tuvo aprensiones para publicar informes sobre la enfermedad, a diferencia de los países implicados en el conflicto. Esto provocó una caprichosa identificación de la pandemia con este país. Hoy se sabe que fue causada por un brote de virus de gripe A, del subtipo H1N1 (Moore, 2009).

Mis demonios es una autobiografía intelectual. Morin recurre a una metáfora bastante explícita para dar una idea del vínculo que ha tenido con sus dudas, inquietudes y dolores; y cómo han impactado en su

pensamiento. Nietzsche lo decía, los filósofos no encarnan una lógica fría ni una distancia indiferente: "... continuamente tenemos que parir nuestros pensamientos desde nuestro dolor, y compartir maternalmente con ellos todo cuanto hay en nosotros de sangre, corazón, fuego, placer, pasión, tormento, conciencia, destino, fatalidad" (2018, p. 58).

De esta manera, escribiendo con su propia sangre, sobre el fondo de una experiencia de duradera intensidad, Morin produce una reflexión de largo aliento. El fenómeno de la complejidad le ha preocupado por décadas, tal como está expresado en una variedad de publicaciones. Ha postulado la necesidad de un tipo particular de pensamiento, que precisamente tiene su foco en la complejidad. Una modalidad del pensar que inevitablemente se construye y recrea en el mismo proceso, sin estar atada a fórmulas fijas, sabiendo que la certidumbre es inalcanzable. No desprecia lo simple, pero combate la simplificación. Acepta la vaguedad y la imprecisión, sin excluirlas irreflexivamente, permaneciendo en un estado que nunca llega a ser completo, dada la imposibilidad, incluso teórica, de la omnisciencia. El pensamiento complejo tiene la tarea de efectuar un diálogo entre lo cierto y lo incierto, lo separable y lo inseparable, lo lógico y lo metalógico. Un ejercicio dialógico constante entre lo simple y lo complejo. Dice Morin: "A un pensamiento que aísla y separa hay que sustituirlo por un pensamiento que distingue y une. A un pensamiento disyuntivo y reductor hay que sustituirlo por un pensamiento de lo complejo, en el sentido originario del término *complexus*: lo que está tejido junto" (2001, p. 117).

6. CREATIVIDAD PARA DESTRUIR

Desde la primera mención de Homero de una plaga en el campamento aqueo, hasta llegar al Covid-19, hay un amplio espacio (sin dudarlo). Podemos tomar con humor el rechazo del teólogo Timothy Dwight, rector de la Universidad de Yale, a la vacuna contra la viruela, porque contraviene los designios divinos (Hitchens, 2015, p. 64); o la indigestión abrasadora que puso en "trance de muerte" a Agustín siendo niño, para lo cual su familia corrió a la Iglesia pidiendo el bautismo (*Confesiones*, I, 11). Hoy el conocimiento disponible está en niveles sorprendentes. Sabemos que las pandemias se originan en las comunidades, transmitidas por vía aérea o sexual, por los alimentos y el agua, o bien por animales.

Este conocimiento, traducido en tecnología médica, tiene una aplicabilidad no comparable con ninguna época anterior.

Pero no se trata de sólo de conocimiento médico. Sabemos también que las pandemias no se reducen al infortunio o al imperio de la contingencia; y que en ningún caso son fenómenos puramente biológicos. Ante todo, son ocasiones para reconocer una vez más la fragilidad y la precariedad de la vida; la finitud y hasta el absurdo de toda existencia. Detrás de una pandemia hay un mundo de significados.

Existe, sin embargo, un pequeño detalle: a diferencia de lo que ocurría en el pasado, las pandemias pueden ser producto de una decisión humana, meditada y deliberada. Una constatación inquietante, pero, en efecto, las pandemias se pueden gestionar disponiendo recursos humanos y materiales. Una pandemia se vuelve así un arma de agresión y de destrucción.

Muchos logros creativos no han contribuido a engrandecer la existencia. Al contrario, en ocasiones han sido estas mismas capacidades, empleadas sin arreglo a valores, las que han empobrecido la vida. Numerosos textos sobre creatividad mencionan a Leonardo da Vinci como ejemplo, y sin reserva se elogian sus obras de arte, sus proyectos de ingeniería y sus inventos; pero se olvida que también hizo propuestas para fabricar armas de guerra. Aunque los microbios no fueron reconocidos como vectores de infección hasta finales del siglo XIX, su uso militar fue bosquejado desde comienzos del siglo XVI. Hacia el año 1500 Leonardo propuso bombardear al enemigo con proyectiles rellenos de *acqua toffana*, extractos de *babas de cerdo* y *perros rabiosos*, con venenos biológicos extraídos de sapos y tarántulas (Massadié, 1995, p. 58).

Este proyecto no se ejecutó, pero infortunadamente estas incipientes ideas no se abandonaron. Es lamentable que uno de los hombres más creativos de la historia, esté comprometido en semejante despropósito. Sin embargo, aun acogiendo su grandeza, es preciso admitir que en alguna ocasión se dejó llevar más por el cálculo que por la reflexión. En una carta dirigida a Ludovico Sforza, fechada en Florencia en 1482, ofrece sus servicios para fabricar distintas tecnologías de guerra. De todas formas, el texto concluye con unas propuestas para los tiempos de paz, en materia de arquitectura y obras escultóricas (Nicholl, 2008, pp. 204-06).

“Arma biológica” es cualquier ser vivo, virus o producto tóxico, empleado con el fin de producir la muerte o incapacidad en seres humanos, animales o plantas. A lo largo de la historia, distintas potencias beligerantes han experimentado con ellas, debido entre otros factores a su bajo costo y su elevada capacidad destructiva en objetivos civiles y militares (Moore, 2008, p. 26). Según parece, la guerra bacteriológica fue evaluada al menos una vez durante la Segunda Guerra Mundial. Hacia 1942 se prepararon proyectos de bombas que contenían el terrible *bacilo del carbón*. La isla británica donde se hicieron los ensayos estuvo por años prohibida a los visitantes, debido a que el suelo se mantenía contaminado (Massadié, 1995, p. 58).

Un hecho muy particularizado, pero que podría tener un significado más amplio, es el siguiente: un mes después del 11 de septiembre de 2001, Robert Stevens, de 63 años, falleció en el hospital de Atlantis, tras varios días de problemas respiratorios y fiebre alta. Había inhalado esporas de carbunco. Trabajaba en American Media, empresa propietaria de un diario que había publicado artículos ofensivos acerca de Osama bin Laden. En las semanas siguientes aparecieron nuevas esporas y otros infectados: “La cepa de carbunco usada no era natural; se había modificado artificialmente y mezclado con productos químicos para que flotara en el aire durante más tiempo que el carbunco natural” (Moore, 2009, p. 21).

Por definición, una cuestión como esta habrá de despertar sospechas. Unos hechos se unen con otros y el resultado puede ser inmanejable, considerando que la literatura, la televisión y el cine hacen su contribución para conseguir que la frontera entre realidad y ficción (ya bastante estropeada) se diluya por completo. Poco después de este episodio se acuña el concepto de “bioterror” (Pinker, 2018, p. 371).

Las sospechas son tenaces, tengan o no fundamento. Un ejemplo preciso se relaciona con la viruela. En 1520, una pequeña flota española desembarcó en México. El tripulante Francisco de Eguía portaba un arma poderosa: el virus de la viruela. Se produjo un rápido contagio, y en pocos meses una amplia zona estaba afectada. Como resultado, los veintidós millones de personas que había a la llegada de los españoles en el mes de marzo, quedaron en catorce en el mes de diciembre. Las

cosas no paran aquí: los españoles trajeron también la gripe, el sarampión y otras enfermedades infecciosas (Harari, 2018, p. 19).

Más adelante el tratamiento de la viruela alcanzó tal éxito que la enfermedad desapareció hacia 1980. Por razones científicas se conservaron algunas muestras del virus, debidamente congeladas, en Estados Unidos y la Unión Soviética. Al finalizar el siglo este último país desapareció, y en la actualidad se desconoce el paradero de esas muestras. Muchos científicos abandonaron el exbloque soviético buscando otros horizontes, lo que ha dado lugar a conjeturas catastróficas sobre el peligro efectivo que representan esas muestras en manos de fuerzas presumiblemente beligerantes (Moore, 2008, p. 26).

En un espacio social cargado de incertidumbres y desconfianzas, unido a la falta de transparencia, las inquietudes legítimamente se multiplican, y el balance da por resultado demasiadas sospechas y pocas certezas. Con todo, el hecho es que distintas convenciones internacionales, conscientes de la especial capacidad destructiva de estas tecnologías, han establecido restricciones y regulaciones, lo que seguramente indica la presencia de un riesgo real.

En la versión del filósofo Slavoj Žižek, incluida en un texto reciente que califica como “una reflexión de urgencia”, las cosas no son más alentadoras: “La propagación actual de la epidemia de coronavirus ha activado también una vasta epidemia de virus ideológico que estaba latente en nuestra sociedad: noticias falsas, teorías de la conspiración paranoicas, estallidos de racismo” (2020, p. 45).

En último término, frente a la incertidumbre y al dolor asociado a cualquier pandemia, conviene preguntarse qué nos queda. Los grandes sufrimientos son irreductibles, pero siempre es posible bosquejar alguna respuesta, a pesar de que las garantías son escasas. Especialmente si damos crédito a Hegel, cuando afirma que lo único que enseña la historia, es que no aprendemos nada de ella (1996).

Hoy, como ayer y mañana, la inteligencia y el pensamiento son variables que necesitamos poner de nuestro lado. En circunstancias adversas las salidas no se ofrecen espontáneamente y más bien deben ser construidas. Especialmente frente a realidades móviles y fugaces,

se requiere de disposiciones afectivas y de comportamientos intelectuales capaces de combinar la previsión, la flexibilidad de espíritu, la atención constante, el sentido de oportunidad y una visión amplia. Lo inesperado no se presta a la medida precisa o al cálculo exacto, y no siempre basta un conocimiento riguroso. Importa más que nunca la apertura y la creatividad, acompañadas de un sentido de comunidad y de algunas convicciones firmes sobre el valor de la vida, la solidaridad y la convivencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackroyd, P. (2012). *Newton. Una biografía breve*. México D. F.: FCE.
- Agustín. (2016). *Confesiones*. Madrid: Alianza.
- Boorstin, D. (1986). *Los descubridores*. Barcelona: Grijalbo.
- Camus, A. (2011). *La peste*. Barcelona: Edhasa.
- Crombie, A. C. (1974). *Historia de la ciencia. De san Agustín a Galileo*. Madrid: Alianza.
- Detienne, M. y Vernant, J. P. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La métis des Grecs*. Paris: Flammarion.
- Grimal, P. (2006). *Diccionario de mitología griega y romana*. Buenos Aires: Paidós.
- Harari, Y. N. (2018). *Homo Deus. Breve historia del mañana*. Santiago de Chile: Debate.
- Hegel, G. W. F. (1996). *Lecciones sobre historia de la filosofía*. México D. F.: FCE
- Hesíodo. (2006). *Obras y fragmentos*. Barcelona: Gredos.
- Hitchens, Ch. (2016). *Dios no es bueno*. Barcelona: Debate.
- Homero. (2006). *Ilíada*. Barcelona: Gredos.
- Laín Entralgo, P. (1987). *La curación por la palabra la antigüedad clásica*. Barcelona: Anthropos.
- Lucrecio. (2016). *La naturaleza de las cosas*. Madrid: Alianza.
- Massadié, G. (1995). *Los grandes inventos de la humanidad*. Madrid: Alianza.
- Moller, V. (2019). *La ruta del conocimiento*. Madrid: Taurus.
- Moore, P. (2008). *El libro de las pandemias*. Barcelona: Océano.
- Morin, E. (2005). *Mis demonios*. Barcelona: Kairós.
- Morin, E. (2001). *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral.
- Nicholl, Ch. (2008). *Leonardo. El vuelo de la mente*. México D. F.: Taurus.

- Nietzsche, F. (2018). *La ciencia jovial*. Valparaíso: UV.
- Nietzsche, F. (1972) *Así habló Zaratustra*. Madrid: Alianza.
- Otto, W. (1997). *Dioniso. Mito y culto*. Madrid: Siruela.
- Pinker, S. (2018). *En defensa de la Ilustración*. Buenos Aires: Paidós.
- Platón. (2007). *Fedro* (Diálogos III). Barcelona: Gredos.
- Re de Magni, E. y otros. (1999). *Diccionario etimológico de biología y salud*. Mendoza: Zeta.
- Tucídides. (1989). *Historia de la guerra del Peloponeso*. Madrid: Alianza.
- Zizek, S. (2020). *Pandemia. La covid-19 estremece al mundo*. Barcelona: Anagrama.
- Nota: Las citas de *La Biblia* están tomadas de la edición de la Sociedad Bíblica Católica Internacional (SOBICAIN), 2005. Madrid: San Pablo.

Ricardo López Pérez nació en Santiago de Chile, un mes de agosto de 1951. Hizo sus estudios básicos y secundarios en el Liceo Manuel de Salas. Estudió en la Universidad de Chile, en donde obtuvo una Licenciatura en Filosofía, y luego el grado Doctor en la misma disciplina, con mención en Epistemología de las Ciencias Sociales. Actualmente es académico del Departamento de Educación en Ciencias de las Salud (DECSA) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Tiene la categoría de investigador adjunto del Centro de Estudios de la Creatividad y Educación Superior (CICES) de la Universidad de Santiago de Chile. Sus intereses y publicaciones se mueven en campos diversos: creatividad, epistemología, comunicaciones y filosofía griega.

PANDEMIAS, VAMPIROS Y ZOMBIES

ASCANIO CAVALLO¹

RESUMEN

El cine ha buscado diferentes maneras de representar y dar significación a los episodios de enfermedades contagiosas. En algunos casos se trata de interpretaciones de eventos históricos; en otros, de ficciones con aspiraciones anticipatorias. Sin embargo, las formas más reiteradas se han encontrado en dos tipos de personajes, uno procedente de la imaginación romántica —el vampiro— y otro de la modernidad secularizada —el zombie—. Ambas son creaciones cinemáticas que recogen, junto con el terror individual a la enfermedad, la paranoia social que puede suscitar en diferentes contextos históricos.

Palabras clave: cine, pandemia, contagio, romanticismo, posmodernismo, tecnología.

¹ Miembro de Número de la Academia Chilena de la Lengua, del Instituto de Chile.

La imaginación audiovisual ha incorporado los temas de las plagas epidémicas prácticamente desde sus inicios. Se encuentran trazas en películas silentes de origen teatral, de pretensión histórica o de alcances documentales. Aunque gran parte de la producción del cine sin sonido se ha perdido, desde que se inicia la producción regular en formatos de larga duración —que los historiadores sitúan alrededor de 1909 (Bordwell, Staiger & Thompson: 1985)— los registros muestran un volumen significativo de obras centradas en estos fenómenos.

El buscador International Movie Database (IMDb.com) entrega para la palabra “virus” un total de 345 largometrajes; para “epidemia” 257, y para “pandemia” 84. Si se agregan las producciones en otros formatos (cortos y televisión), las cifras aumentan a 4.189, 2.957 y 3.556 respectivamente. El texto que sigue no pretende ser un recuento exhaustivo de este repertorio, sino seleccionar aquella parte más significativa para comprender las formas en que la estética de la imagen en movimiento ha traducido las ideas y emociones suscitadas por las enfermedades masivas.

Como ocurre en todo el campo de la ficción, un porcentaje muy menor de las producciones se concentra en los orígenes científicos de las enfermedades contagiosas o en los esfuerzos médicos para contrarrestarlas. En su mayor parte, la ficción busca significados o representaciones simbólicas que exceden esos ámbitos, para extenderse hacia el terreno social, político y moral. Las enfermedades en general, y las epidemias en particular, pasan a desempeñar la función de problemas cuya fenomenología intrínseca se vuelve menos relevante que el impacto que ellas tienen sobre la psiquis individual o colectiva. La enfermedad es un símbolo en el sentido de Coleridge: una construcción cuya “verdad general” puede incluso “estar inconscientemente en la mente” del creador, pero que siempre habla de una cosa para representar otra. La cercanía de estas operaciones con el modo en que Freud describió la figuración onírica: exige tener a la vista su clásica distinción entre el modo de la condensación (la mezcla de cosas relacionadas) y el modo de desplazamiento (el salto asociativo de una cosa a otra), en el entendido de que la frontera entre ambos es siempre difusa y porosa.

El principal desplazamiento de la enfermedad contagiosa en la ficción es la idea del castigo colectivo y escatológico, provisto por la vo-

luntad divina o por la decisión de la naturaleza, ambas inescrutables. El traspaso de lo individual a lo colectivo, y viceversa, es fluido, ineludible, implacable y hasta mecánico; no requiere explicación. El modelo narrativo proviene, naturalmente, de la literatura y aunque se puede encontrar indicios desde los textos evangélicos —e incluso más atrás—, el florecimiento del terror a la epidemia está fuertemente asentado en la imaginación del romanticismo, entre los siglos XVIII y XIX.

Como fuente constante de inspiración, la literatura de ese periodo ha permitido al cine reapropiarse de sus tropos de mayor intensidad emocional —el temor a la muerte, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la soledad— para revestirlos con sus atributos propios: la sensación de *realidad presente* y los complejos efectos de identificación sensorial y psíquica.

Este traspaso desde la imaginación abstracta, literaria, hacia la materialidad del cine, aparente pero persuasiva, es uno de los principios con que Pier Paolo Pasolini concibió su adaptación de *El Decamerón* (*Il decamerone*, 1971), respetando el enmarcamiento de los relatos dentro del encierro voluntario de diez jóvenes que buscan aislarse de la peste bubónica que azota a Florencia, en 1348.

El cuento de Edgar Allan Poe *La máscara de la muerte roja* describe la similar reclusión del príncipe Próspero en su castillo, con un centenar de amigos, para eludir la “Peste Roja” —una variación ficticia de la bubónica—, en una fiesta de máscaras en la que se infiltra la Muerte disfrazada, en busca del príncipe que pretende Burlarla. A la inversa de Pasolini, su adaptación al cine, *The masque of the red death* (1964), de Roger Corman, estiliza e intensifica el carácter orgiástico y despótico de Próspero para hacer más cruel su destino. La película, más extensa en incidentes que el cuento de Poe, alejada de toda vocación de realismo, vivifica los elementos cromáticos de su fuente y, sobre todo, eleva a un nivel metafísico la sanción de la peste en contra de la arrogancia del príncipe. El realismo no habría soportado estas significaciones agregadas.

En una tercera variante, las novelas *Muerte en Venecia*, de Thomas Mann, y *La peste*, de Albert Camus, ambas del siglo XX, representan a las epidemias como el trasfondo sobre el cual se debaten unas concien-

cias en arduos conflictos existenciales, las dos por motivos diferentes. En este caso, las adaptaciones fílmicas han buscado la fidelidad a ese espíritu: la de Luchino Visconti en *Morte a Venezia* (1971) y la de Luis Puenzo en *La peste* (1992). Esta última, sin embargo, traslada la localización desde el Magreb hacia una ciudad sudamericana, una forma de apropiación sociopolítica de la alegoría inicialmente antropológica. Ambos casos pueden entenderse más cercanos al modo freudiano de la condensación.

También se sitúan en el ámbito (desplazado) del castigo muchas de las alegorías religiosas o teológicas desarrolladas en torno a las pandemias. *El séptimo sello* (*Det sjunde inseglet*, 1957), de Ingmar Bergman, basada en una obra propia inspirada en el arte medieval, presenta al caballero nórdico Antonius Block que, a su desalentado regreso de las Cruzadas, se encuentra con una Europa desolada por la Peste Negra. Los monjes flagelantes recorren las calles proclamando el castigo divino y la necesidad de que los arrepentidos se dejen azotar como parte de su penitencia. Como al príncipe Próspero, a Block se le presenta una Muerte encapuchada —ahora de negro— con la que entabla un diálogo (y una famosísima partida de ajedrez) en torno al sentido de la vida y el silencio de Dios a la vista de la tragedia colectiva.

En *Nazarín* (1959), de Luis Buñuel, basada en una novela de Benito Pérez Galdós, el cura Nazario, también ansioso de hallar a Dios en su camino, entra a un pueblo donde cunde la peste y visita a una moribunda a la que invita a arrepentirse para alcanzar el cielo. “No cielo, Juan”, replica la mujer, poniendo crudamente al deseo por sobre la redención. Buñuel es leal a su espíritu agnóstico, pero, con su inteligencia de siempre, crea la ambigüedad para dejar abierta la posibilidad de que la epidemia pueda ser también la expresión de un Dios cruel que se ensaña con su reino.

Todo lo que le falta en fe religiosa a Buñuel le sobra, hasta la afectación, al cineasta francés Maurice Cloche, cuyo *Monsieur Vincent* (1947) describe las labores de asistencia y consuelo de San Vicente de Paul durante la Peste Negra del siglo XVII en Europa. Esta película tuvo en su favor un guión escrito por Jean Anouilh, factor decisivo para que obtuviera el segundo Óscar de la historia a la Mejor Película Extranjera, pero es una cinta anclada en las formas fílmicas más convencionales de

su época, una película “de prestigio” que rechaza toda ambigüedad para imponer una interpretación unívoca de su relato.

La Peste Negra, con toda su siniestra imaginería medieval, también es el paisaje de *Restauración* (*Restoration*, 1995), de Michel Hoffman, un esfuerzo documentado por recrear el Londres de 1666, con la historia de un médico exiliado por el Rey Charles II que redescubre en los barrios hacinados y apestados una vocación perdida entre las intrigas de la corte.

William Somerset Maugham escribió para el cine la novela corta *Sadie Thompson*, el nombre de una prostituta que viaja a las islas de Samoa para iniciar una nueva vida y se encuentra doblemente atrapada por la pasión fanática de un reformador religioso y por un brote de cólera. La historia fue adaptada numerosas veces; las más destacadas son las de 1924, *Sadie Thompson* (1924), dirigida por Raoul Walsh; *Amor profano* (*Rain*, 1932), de Lewis Milestone; y *La mujer de Satanás* (*Miss Sadie Thompson*, 1953), de Curtis Bernhardt. Es significativo que las tres versiones sirvieran de vehículos de promoción para tres estrellas femeninas de primera línea —Gloria Swanson, Joan Crawford y Rita Hayworth—, marcando el acento en la belleza asediada en igual medida por la epidemia y la religión, como si una fuese la prolongación de la otra.

Años después, Somerset Maugham modificó (¿refinó?) la historia: un médico se casa con una mujer a sabiendas de que lo engañará, y la lleva a un pueblo remoto de China para aislarla de su amante. El trasfondo es una epidemia de cólera que tuvo lugar en China a comienzos del siglo XX. Tres versiones se conocen de esta novela: *El velo pintado* (*The painted veil*, 1934), de Richard Boleslawski; *El séptimo pecado* (*The seventh sin*, 1975), de Ronald Neame, reemplazado luego por Vincente Minnelli, que resitúa la trama en 1949, mientras avanza la revolución de Mao; y *Al otro lado del mundo* (*The painted veil*, 2006), de John Curran. Nuevamente se trata de promociones de sus actrices protagónicas —Greta Garbo, Eleanor Parker y Naomi Watts—, pero esta vez el cólera sirve de contrapunto entre el pecado de la soberbia y el de la lujuria. El trasfondo —la epidemia— carece de neutralidad, como es propio del romanticismo: revela y motiva las perturbaciones de los personajes, no es ajena a sus problemas y hasta puede entenderse como una proyección de ellos.

Este es más claramente el caso de *El húsar en el tejado* (*Le husard sur le toit*, 1995), de Jean Paul Rappeneau, basado en la novela homónima de Jean Giono, que recrea el devastador brote de cólera en Provenza en 1832; y de la justamente célebre *Jezabel, la tempestuosa* (*Jezebel*, 1938), de William Wyler, que se enfrenta a la fiebre amarilla de 1850 en la Louisiana *antebellum*, mientras se prepara la Guerra Civil. En ambas, un fenómeno estrictamente inteligible, la guerra, es acompañado por la enfermedad como un justo complemento de la desgracia inicial.

Daniel Defoe escribió su *Diario de la Peste* en torno a la gran epidemia del siglo XVII en Londres. El mexicano Felipe Cazals la trasladó al México de comienzos del siglo XX con el título *El año de la peste* (1979), para registrar la eclosión de una enfermedad desconocida que las autoridades no quieren admitir. Todo el repertorio de supercherías y apocalipsis populares de Latinoamérica se despliega en los 109' del metraje. El guión fue escrito por Gabriel García Márquez, que seis años después presentaría su novela *El amor en los tiempos del cólera*. Como otras de sus obras, este libro entró en la categoría de los inadaptables en Hollywood, pero una compañía anglo-mexicana adquirió los derechos y produjo una versión con el mismo título, *Love in the time of cholera* (2007), dirigida por Mike Newell, que deja la epidemia de comienzos del siglo XX en Colombia nuevamente como trasfondo de la conmovedora historia de amor de los padres del escritor.

Otras epidemias contemporáneas han sido más específicas para el cine. En los años 1930 se inició una curiosa década de revalorización de la ciencia y la profesión médica por parte del cine norteamericano, que vino a coincidir con el populismo de Roosevelt y el “Nuevo Trato”. En el inicio de ese fenómeno, el gran John Ford dirigió *El doctor Arrowsmith* (*Arrowsmith*, 1931), donde un médico es enviado a una isla del Caribe para probar un suero contra la peste bubónica. La película se basa en un libro de Sinclair Lewis, el “escritor rebelde”, que el año anterior había ganado el primer Nobel para la literatura norteamericana, y retrata justamente a un médico rebelde en lucha consigo mismo.

El decenio se cerró con la prestigiosa *La bala mágica del dr. Ehrlich* (*Dr. Ehrlich's magic's bullet*, 1940), una biografía del médico alemán Paul Ehrlich, datada en 1906, durante la fase final de desarrollo del salvarsán, el suero que detendría la propagación de la sífilis. Ambas obras se centran

en los esfuerzos heroicos del médico por sobreponerse al escepticismo y en sus fracasos durante la búsqueda desesperada para detener males de apariencia incomprensible.

En 1950 se estrenó la memorable *Pánico en las calles* (*Panic in the streets*), de Elia Kazan, que pone en pantalla la historia de la policía de Nueva Orleans que intenta ubicar a un homicida recién desembarcado, portador de una infecciosa peste neumónica. La película presenta el esfuerzo frenético por encontrar al delincuente y, al mismo tiempo, el clima de paranoia social que se propaga a su alrededor. Dado que fue presentada en el momento de apogeo del maccarthysmo, ha sido generalmente interpretada como una parábola sobre el clima de sospecha creado en Estados Unidos con la obsesión anticomunista. Poco tiempo después, el propio director Kazan sería acusado de “actividades antiamericanas” y obligado a comparecer ante la comisión senatorial encargada de las investigaciones. El elemento virológico queda subsumido por su significación política.

Más cerca de los hechos reales se puede incluir a dos películas de distribución pobre, pero con estatuto de culto. Una es *Variola Vera* (1982), del director yugoslavo Goran Markovic, que reconstruye con detalle y textura casi documental el estallido de un brote de viruela en Belgrado, en 1972, luego del ingreso accidental de un extranjero enfermo. La peste se propaga, el gobierno no sabe cómo reaccionar y empieza a ocultar y abandonar a los contagiados, mientras los hospitales se desbordan. Aquí el foco ya no es la representación metafórica, sino la denuncia de la administración del Estado, una variante política poco explorada. La otra es *Virus* (2019), de Ashiq Abu, una cinta india que reconstruye una epidemia del virus nipah en Kerala durante 2018, desde el momento en que los médicos lo identifican hasta que logran su control luego de tener a 35 millones bajo peligro; en este caso, el énfasis recae en el manejo de la crisis sanitaria por los médicos, cuya tenacidad consigue evitar una tragedia de grandes proporciones.

En cambio, llama la atención el escaso número de cintas de ficción dedicadas a la influenza española de 1918, lo que contrasta con el VIH, que ha sido materia de numerosas ficciones y documentales —más de 400—, la gran mayoría muy poco memorables. *Filadelfia* (*Philadelphia*, 1993), de Jonathan Demme, ganó notoriedad con el Oscar de ese año,

aunque su tema no es el contagio, sino la discriminación profesional en que éste deriva.

LA PANDEMIA SENSUALIZADA: EL VAMPIRO

El romanticismo fue la reacción artística más radical a la creciente separación entre la cultura y la naturaleza, una ruptura que empieza a sentirse con mayores grados de desgarramiento a partir del siglo XVIII. La enfermedad, bajo esa interpretación, toma el sentido de una sanción suprema contra la expansión urbana y su agresión al estado primigenio de las cosas: una forma de venganza de la naturaleza.

La primera y más relevante expresión de esa vindicta es la refusión del animal con el hombre, o del instinto con la cultura (que es también una forma del *Umheimlich* de Freud), necesariamente ligada a su destrucción mutua, es decir, a la muerte. Nada parece mejor para unir todas estas nociones que una animalidad mortífera con capacidad de propagarse sin límite. Esa es la esencia del vampiro.

Nosferatu (1922), de Friedrich Wilhelm Murnau, es la primera instalación de importancia del tópico del vampiro en el cine². Aunque solo había comenzado a dirigir tres años antes, Murnau ya era una figura eminente dentro del cine alemán, entonces dominado por la imaginación expresionista. La historiografía del cine en este periodo, y sobre todo la alemana, con Siegfried Kracauer y Lotte Eisner a la cabeza, han sostenido que las tortuosas intuiciones del expresionismo fílmico, si bien enraizadas en el romanticismo alemán, interpretaban las pulsiones sociales de la faliente República de Weimar. En la línea del análisis historicista, se trata de una hipótesis que encaja muy bien con el sentido común, aunque la extensión del expresionismo mucho más allá de su época la convierte también en una forma restrictiva de entender una forma estilística adecuada a terrores más profundos en la psiquis humana.

² En 1915, Louis Feuillade dirigió en Francia la serie de diez episodios *Les Vampires*, que se refiere a una banda de ladrones sofisticados de la alta sociedad, sin relación con el personaje no-muerto.

Murnau era ya una figura importante de ese estilo, con una fuerte vocación por desenterrar la presencia viva del mal en la historia. Aunque siete de sus nueve películas iniciales permanecen perdidas, las dos recuperadas, *El camino hacia la noche* (*Der Gang in die Nacht*, 1921) y *El castillo Vogelöd* (*Schloß Vogelöd*, 1921), son testimonios elocuentes de esa obsesión.

En esos años, Murnau decidió adaptar la novela de Bram Stoker, *Drácula*, pero, sin poder acceder a sus derechos, cambió los nombres —Orlok por Dracula, Hutter por Harker— y algunas circunstancias menores. Este hecho tendría su importancia, porque la viuda de Stoker demandó a la productora alemana y exigió la destrucción de todas las copias de la película. La dispersión de esas copias en diversas salas de cine de Europa oriental permitió más tarde la recuperación de tres de ellas, con las cuales se pudo realizar una reconstrucción completa del original recién en 1984 (Tibbetts & Welsh, 1999, pp. 64-67).

Nosferatu, subtitulada *Eine Symphonie des Grauens*, presenta al vampiro tal como lo conoceremos desde entonces: una criatura metamorfoseada, una hibridación de quiróptero con humano y a la vez un no-muerto con una no-vida, un doble de algo que una vez vivió y que se alimenta de la sangre humana viva. Hay una singularidad que no se repetirá: el Nosferatu de Murnau viaja con un cargamento de ataúdes en los que porta tierra de su tumba —tierra natal y mortal a la vez—, mezclada con centenares de ratas contaminadas³. A su paso se propaga la peste: así se explica la desolación de la ciudad de Wisborg en 1838, en el inicio de un relato que, siendo retrospectivo, debe entenderse atestiguado por un joven Hutter que ya ha sufrido la mordida contaminante. En otras palabras, certificado por un no-muerto. De allí que la principal cualidad del relato fílmico sea la indiferenciación entre la vigilia y la pesadilla; como todo el expresionismo alemán, se sitúa en la línea fronteriza entre la proyección de una conciencia estragada y una realidad materialmente intolerable.

³ En 1979, Werner Herzog realizó un remake en color de *Nosferatu*, con el subtítulo *Phantom der Nacht*, reiterando la presencia invasiva de la plaga, pero dotando al personaje de un amor de ultramundo (*phantom*) por la pureza de Lucy Harker.

El *Nosferatu* de Murnau es, sobre todo, una idea de la muerte, mucho más que de la pulsión erótica, a pesar de que el vampiro es “llamado” a la distancia por la atractiva esposa de Hutter. El Conde Orlok —exageradamente delgado, con orejas largas y puntiagudas, ratonil— no transmite el deseo, sino la muerte; ni siquiera es claro que la mordida del vampiro genere una nueva raza, un ejército de metaformoseados, como será en las versiones posteriores. Lo que le lleva a la joven Ellen Hutter no es una nueva vida de no-muerta, sino simplemente el fin prematuro de su existencia. Para completar el círculo de esta significación, el propio Orlok es alcanzado por la luz del sol al amanecer, y cae fulminado al pie del lecho de su víctima, sin alcanzar a proponer el reinado eterno que tendrían sus sucesores. A Orlok no lo mata un cazavampiros, como el doctor Van Helsing, sino su propia naturaleza oscura; no lo mata la muerte, sino la vida.

Rastreando al vampiro en la novela romántica del siglo XVIII, Margo Glantz lo considera “una extraña mezcla de Fausto y Don Juan”, pero solo caracteriza al primero por su pacto con el diablo, mientras que, al mismo tiempo, afirma que “el vampiro no solo ha pactado con el diablo: es su imagen” (Glantz, 1980). Murnau presentía una cercanía más directa entre Fausto y la enfermedad contagiosa, a juzgar por la posterior *Fausto* (*Faust*, 1927), en la que convierte al personaje de Goethe en un médico desesperado por las muertes que la peste provoca entre su pueblo. En su lucha impotente, Fausto decide acudir a Mefisto para obtener el remedio que pueda acabar con la enfermedad. Es un giro muy particular del mito de Fausto que no se encuentra en ninguna de sus fuentes literarias: la voluntad, generosa y mesiánica, de un hombre investido con una misión social, en cuyo cumplimiento sacrifica su propio destino con un impulso perverso.

Drácula, la novela de Bram Stoker, está construida sobre fragmentos de un diario, cartas, recortes y hasta una grabación: es un *collage*, una fórmula de moda en la primera mitad del siglo XIX y un tanto periclitada para la fecha de su publicación (1897). La obra de Stoker expone una base erudita de muy diversas tradiciones, desde la leyenda del príncipe de Valaquia Vlad Țepeș, en el siglo XV, hasta su descendiente, la condesa húngara Erzsébet Bathory; desde la recopilación sobre el vampirismo, del benedictino Dom Calmet en el siglo XVIII, hasta la novela *The vampyr* (1817), escrita por John William Polidori,

pero inicialmente atribuida a Lord Byron. Hay indicios suficientes para creer que este último vampiro es una metáfora del propio Byron y, más en general, de las relaciones “enfermizas” entre maestro y discípulo, o entre tutor y dominado. En cambio, es muy improbable que Stoker imaginara que la estructura caleidoscópica de su novela podía ofrecer a sus adaptaciones visuales una especie de texto abierto para escoger entre sus múltiples motivos, tropos y referencias.

Esto explica que los dramaturgos Hamilton Deane y John L. Balderston la pudieran adaptar para Broadway en 1927, con un éxito tal que se mantuvo un año en cartelera. A la vista de ese resultado, al año siguiente compró los derechos Universal Pictures, un estudio que en aquellos días era de segunda línea en Hollywood, pero que quería entrar a la gama de alta calidad por la todavía poco explorada ruta del género del terror.

Universal asignó el proyecto a Tod Browning, un cineasta formado con David Wark Griffith, que en 13 años de trabajo había desarrollado una especial sensibilidad hacia el terror y una sociedad de trabajo con Lon Chaney, el actor especializado en deformidades monstruosas. Chaney murió en 1930, antes de iniciarse el rodaje de *Drácula*, con lo que el papel regresó a manos de Bela Lugosi, el exiliado húngaro que lo había interpretado en el teatro.

Browning era un cineasta sofisticado, que conocía el expresionismo alemán y se proponía seguir su inspiración. Se rodeó de un grupo selecto de colaboradores, empezando por el director de fotografía alemán Karl Freund, que había trabajado en muchas de las obras centrales de ese estilo, incluyendo algunas de Murnau y de Fritz Lang. En la dirección de sonido —el cine sonoro apenas llevaba dos años—, C. Roy Hunter construyó una banda de ruidos y gritos espeluznantes que se impone por sobre la música incidental derivada de pasajes de *El lago de los cisnes* (Schatz, 1988, pp. 89-91).

Pero este Drácula ya no será un sujeto grotesco y repulsivo, sino un hombre maduro, melifluo, elegante, altamente erotizado, que no anda con ratas ni porta la peste tradicional. Su enfermedad, también pandémica, es otra: el sexo. Su promesa es el placer, una nueva vida eterna sensual y una legión de infectados-prosélitos.

Este nuevo énfasis no violenta el original literario. Más bien rescata uno de los aspectos desechados en *Nosferatu*, precisamente la inversión del mito de Don Juan: un seductor fatídico y pansexual, que posee a mujeres y hombres y los va sumando a sus ejércitos de la noche. Su mordida produce la misma resurrección metamórfica y sus víctimas se convierten en portadores de esa infección.

Es un personaje con un solo objetivo (contagiar), que moviliza fuerzas ocultas (el deseo y la enfermedad) sobre el entorno de un castillo en el que se expresa una grandeza invertida, la grandeza de la oscuridad. Así, la trama del *Drácula* de Browning es una sinécdoque extendida, es decir, una alegoría (Perez, 2019, pp. 97-104) del apetito sexual y de la antiquísima asociación entre placer y muerte, no con el mito estrictamente romántico del *Liebestod*, sino con su antítesis, la fusión de Eros en Tánatos.

Recién en 1992 fue restaurada la versión en español de *Drácula*, dirigida en el mismo momento por George Melford. Esto requiere una explicación: en los primeros años del cine sonoro los subtítulos eran rechazados por los distribuidores no angloparlantes, por lo que los estudios solían rodar versiones alternativas, con distintos equipos, en los lenguajes de los destinos de exportación. La versión de *Drácula* destinada al mercado sudamericano fue rodada en los mismos estudios y durante las noches, lo que permitió al equipo alternativo revisar los *rushes* de lo que se había rodado durante el día y corregir sus imperfecciones.

Irónicamente, y aunque se trata de un doble, un calco fantasmal (¡y nocturno!) del original, muchos críticos consideran superior el *Drácula* hispanoparlante, en parte gracias a un trabajo de fotografía más contrastado e inquietante, en parte por su erotismo más explícito —en especial, los negligés transparentes de Lupita Tovar, la protagonista femenina—, que agudiza su dimensión alegórica (Skal, 1996, pp. 76-82).

La versión de Browning fue tempranamente desvalorizada por su aspecto moroso y algo estático, pero uno de los más respetados críticos estadounidenses, Andrew Sarris, la ha rescatado de ese juicio: “[S]iempre he sentido que el estilo de Browning era apropiado para una pieza atmosférica, en particular una fotografiada por el incomparable Karl

Freund. Incluso las líneas deliberadamente cómicas del Conde Drácula de Lugosi, en especial la muy imitada ‘No bebo... vino’, contribuyen a la atmósfera cortesana de que lo que siempre ha sido en todas sus versiones una metáfora erótica de una historia de amor de vida y muerte” (Sarris, 1998, p. 80).

Drácula fue el mayor éxito de ingresos de Universal en 1931 y abrió las puertas para la serie de monstruos que caracterizarían al estudio durante gran parte de los años 1930, aunque con las crecientes restricciones que en 1934 culminarían con la imposición del Código Hays de censura (Balio, 1995, pp. 299-312). El nuevo Código no reaccionaba en particular en contra del género del terror, sino más bien contra la erotización de la industria y la explotación de intrigas sensacionales, como las del crimen y la droga. Era un esfuerzo por moralizar y, si ello pudo incidir en el desarrollo del cine de terror, lo hizo solo colateralmente.

Drácula también dio pie a una cantidad desconsiderada de secuelas con el vampiro, cada vez más imaginativas, pero al mismo tiempo degradadas que, hacia finales de los 40, condujeron al fin del ciclo del terror. Perdido el interés por su propiedad, Universal vendió los derechos de los guiones de *Drácula* y *Frankenstein*, los dos dioses de su Olimpo del terror, a la británica Hammer Films, una pequeña productora fundada en 1947, orientada a las películas de complemento, con una estrategia muy calculada de alianzas y compras desde y hacia Hollywood. Hammer tenía en su nómina a un cineasta especialmente distinguido, Terence Fisher, cuyo talento plástico se había hecho notar en unos primeros filmes de pobre distribución.

Fisher quedó a cargo de *La maldición de Frankenstein* (*The curse of Frankenstein*, 1957) y *Drácula* (1958), las dos películas que revolucionaron el mundo del horror fílmico. Con un presupuesto reducido a última hora y dando relieve al color, Fisher enfatizó la presencia de la sangre, unos enormes caninos del vampiro y su condición de depredador, a menudo tan importante como la de seductor. En cuanto portador de un elemento contagioso, este Drácula es mucho más agresivo y menos remilgado con el problema del placer en el proceso de contagio, deliberadamente asimilado al acto sexual. Igual que el de Browning, actúa en Londres, pero ahora se trata de una Inglaterra victoriana, opulenta

e hipócrita, que esconde mal su apetito por los placeres prohibidos: el cuerpo adecuado para una peste moral.

La pandemia invocada por Fisher no se limita a un comentario social. Hay algo más —si se quiere— teológico, porque la lucha de este Drácula es sobre todo contra un Dios al que desafía y desprecia: su símbolo, la cruz, ya no es un exorcismo eficaz, sino solo un utensilio desagradable con contenido ligero. Esta dimensión se hará más evidente en la última de las tres cintas de Fisher sobre el vampiro, *Drácula, príncipe de las tinieblas* (*Dracula, prince of darkness*, 1966)⁴, cuando el engendro resucita tras haber sido eliminado: es más fuerte que todas las formas de la muerte.

Igual como ocurrió en el ciclo Universal, el éxito de Hammer Films en la renovación del horror desató una carrera de variaciones en toda Europa, en especial en España e Italia. Tres excepciones debemos separar de este torrente de material esencialmente comercial. Una es la disrupción hacia la comedia, la espléndida *El baile de los vampiros* (*The fearless vampire killers*, 1967), en la que Roman Polanski inventa a un conde Von Krolock, en cuyo añoso castillo de Transilvania palpitan pulsiones pansexuales. Otra es una extraña, casi única, transferencia del mito hacia una familia completa, en la británica *El beso del vampiro* (*Kiss of the vampire*, 1964), de Don Sharp, que lo abre hacia el campo más perturbador de las relaciones incestuosas. Y la tercera es el caso del francés Jean Rollin que, desde *La violación del vampiro* (*Le viol du vampire*, 1968) hasta 2009, dirigió más de 40 películas sobre colectivos de vampiros, abiertamente sexualizadas y orgiásticas (cuando entraba en los bordes de la pornografía solía usar seudónimos), instalando una nota morbosa sobre la sociabilidad de los infectados.

Desde aquellos años, la figura del vampiro se ha mantenido débilmente vigente en la imaginación fílmica. Es probable que su eclipse explique también el surgimiento de nuevas películas, cuyos esfuerzos se centran en reivindicar las bases literarias del mito. El de mayor pretensión hasta ahora ha sido *Drácula de Bram Stoker* (*Bram Stoker's Dracula*, 1992), dirigido por Francis Ford Coppola. Es también el más posmo-

⁴ La otra, con un descendiente del conde como protagonista, es *Las novias de Dracula* (*Brides of Dracula*, 1960).

dero en su voluntad autoreflexiva y en su acumulación de referencias a obras de arte anteriores, desde el cine a la literatura (Elsaesser, 1998, pp. 191-208).

Sin embargo, el título y la declaración son engañosos: el guión de James V. Hart agrega un prólogo con una historia mítica del vaivoda Vlad Țepeș, que convierte la supervivencia del vampiro en una espera multiseccular por un amor perdido. Todo el sentido del *Drácula* de Stoker queda invertido. Esta es la historia de un amor y una vida que supera a la muerte: un Eros que no es seducido por Tánatos, sino que más bien lo desprecia. Su capacidad contagiosa no es exactamente benévola, pero tampoco constituye su propósito.

Es posible que esta versión haya influido en lo que ha venido después, la infantilización del vampiro en, por ejemplo, la saga, la serie y la película *Crepúsculo* (*Twilight*, 2008), en la que los vampiros son una sociedad secreta cuyo propósito es amarse libremente: una especie de renacimiento del espíritu *hippie*.

LA PANDEMIA SECULARIZADA: EL ZOMBIE

La otra gran metáfora pandémica del cine está despojada de toda coartada metafísica y de cualquier aire trascendente. A diferencia del vampiro, pertenece a la sociedad de masas entrevista por Ortega y Gasset y Canetti. No es un monstruo individual y personalizado, sino una muchedumbre carente de identidades. Ya no es una figura atada a la religión, sino estrictamente laica y secularizada. La fe no sirve en su contra; no lo detiene ninguna servidumbre a un cielo. Es el zombie, una creación relativamente reciente y más puramente fílmica.

No obstante, en su origen remoto, el zombie es la figura del muerto caminante que emerge del vudú, una religión desarrollada por los africanos esclavizados que fueron transportados desde las Costas de Oro y de Marfil para trabajar en territorios tropicales, en especial en las colonias francesas de Nueva Orleans y Haití.

Aunque el culto podría ser más antiguo, fue adoptado por estas masas humanas tratadas con salvajismo en los siglos XVII y XVIII, debido a que se presentaba como una religión de la venganza, cuyo propósito

principal era castigar a los opresores, aunque fuese a costa del descanso de sus muertos. En síntesis, ese zombie es el cuerpo de un muerto, reanimado pero vacío, inmune al daño físico, cuyo único fin es castigar antes de volver a la tumba (Douglas, 1989, pp. 219-240). Es un zombie con propósitos de sanción moral y social.

En los años 30 y 40 se realizaron unas pocas películas de serie B con estos zombies, de las cuales las únicas memorables son *La legión de los hombres sin alma* (*White zombie*, 1932), *La rebelión de los zombies* (*Revolt of the zombies*, 1936), ambas de Victor Halperin, y la muy notable *Yo dormí con un fantasma* (*I walked with a zombie*, 1943), de Jacques Tourneur.

Tourneur, un cineasta extremadamente desigual, formó en esta película una afortunada dupla con el productor Val Lewton, hijo de una refinada familia de emigrantes rusos al que RKO Pictures le ofreció encabezar una serie de cintas de horror, con poco dinero, pero amplia libertad creativa (Siegel, 1972). Lewton produjo 14 filmes de ese tipo y su involucramiento personal se refleja en el hecho de que para *Yo dormí con un fantasma* insistiera en colgar, en el dormitorio de la protagonista, el cuadro *Isle of dead*, de Arnold Böcklin, un anticipo de su obsesión por rodar alguna historia de ficción en torno a esa pintura sugerente y desquiciada.

De allí nació *La isla de los muertos* (*Isle of the dead*, 1945), dirigida por Mark Robson, un islote griego que, durante la guerra de los Balcanes, en 1912, es clausurado por la presencia de una plaga. Los enfermos parecen morir, pero se levantan de sus tumbas tras estar bajo efectos catatónicos, atacan a los sanos y se suicidan. Con un poco más de audacia, Lewton pudo haber inventado el zombie moderno, aunque fuese dentro de una película enteramente fallida. Pero no fue así.

Lo mismo se puede decir de *La maldición de los zombies* (*The plague of the zombies*, 1966), de John Gilling, donde los muertos comienzan a reaparecer con ánimo depredatorio. Sin embargo, se trata solo de un eficiente acto de vudú masivo, controlado por un amo codicioso.

El cambio decisivo parece estar más vinculado con la ola creciente del laicismo en el último cuarto del siglo XX. En 1968, sin más base literaria que un vago recuerdo personal de *Soy leyenda*, la novela de

Richard Matheson⁵, un director debutante, de padre hispano-cubano y madre lituana, George A. Romero, lanzó al mercado una película con actores desconocidos y un presupuesto bajísimo (Lardin, 1996, pp. 186-211), *La noche de los muertos vivientes* (*Night of the living dead*, 1968), que literalmente inventó al zombie contemporáneo.

La trama es de una simplicidad radical: una pareja que visita un cementerio advierte que, sin explicación alguna, los muertos comienzan a levantarse de sus tumbas y a rodearlos agresivamente. La pareja se refugia en una casa abandonada, adonde llegan otras personas que huyen del mismo fenómeno mientras poco a poco los muertos van cercando el lugar.

Romero inventa aquí toda una mitología nueva: los muertos son ahora contaminantes y pandémicos —su mordida es asesina y crea nuevos zombies—, emergen de todas las tumbas del planeta y no existe otro modo de eliminarlos que volarles la cabeza. Son, además, lentos y torpes y solo se agrupan cuando hay víctimas cerca. Propagan una enfermedad de contagio al contacto. Se relacionan con la modernidad en todos sus aspectos, pero sobre todo en su naturaleza masiva. Donde el vampiro es un sujeto transformado que no pierde su individualidad, el zombie no existe a solas, sino que es en sí mismo una plaga, una horda, un desborde social en el sentido de Bruno Latour.

El éxito de esta película con final abierto derivó en una trilogía. En la segunda parte, *Zombie, el amanecer de los muertos* (*Dawn of the dead*, 1978), hay un esbozo de explicación que podría agregar una dimensión trascendentalista —“el infierno se ha llenado”—, pero en realidad el eje es un cáustico comentario social: los muertos caminantes rodean un *mall* —recuerdan lo que más visitaron en sus vidas— y un pequeño grupo logra sobrevivir al contagio en su interior, con la continua infiltración del peligro por bodegas, puertas de escape y depósitos de basura.

En la tercera, *El día de los muertos vivientes* (*Day of the dead*, 1985), los últimos sobrevivientes se refugian con un grupo de militares y científicos en un bunker ya inútil: la epidemia se ha convertido en un apocalipsis para la especie humana. El crítico Robin Wood puso especial énfasis

⁵ Una versión algo más literal de esta novela se filmó más tarde: *Soy leyenda* (*I am legend*, 2007), de Francis Laurence.

en la coincidencia de esta película con el momento de mayor pánico mundial bajo la administración de Ronald Reagan, cuando una posible guerra atómica sería administrada por científicos y militares. Tanto Wood como otros críticos insistieron en atribuir resonancias políticas a la idea de una abrupta pandemia mortal. Estas películas —sobre todo la última— sin duda las tenían, pero nadie vislumbró la otra posibilidad, la de la pandemia: una mutación viral, una contaminación animal-hombre o un desequilibrio del medio ambiente, a pesar de que esa posibilidad ya era parte del repertorio de la epidemiología.

El propio Romero confirmó las interpretaciones prevalecientes incluso antes de seguir con la segunda parte de su trilogía sobre los zombies. En *Código: Trixie* (*The crazies*, 1973), un avión militar cae en las colinas cercanas a Evans City, una localidad rural de Pennsylvania, y libera en sus aguas un virus desarrollado por el ejército. En pocas horas, el pueblo es aislado por las tropas, que entran con equipos de protección a eliminar a los contagiados, mientras un médico militar trata de crear un antídoto. Lo singular de *Código: Trixie* es que muestra los efectos de una cuarentena forzada al mismo tiempo que los esfuerzos de los moradores por huir de allí, conscientes de que tarde o temprano serán infectados. Es una cinta de bajísimo presupuesto y gruesos efectos especiales, pero aún llama la atención su agudeza para percibir las implicancias de un orden biológicamente alterado y a la vez socialmente develado (Wood, 1996, pp. 103-106)⁶.

Cuatro años después, Romero filmó *Martin, el amante del terror* (*Martin*, 1977), esta vez en torno a un joven de sensibilidad poética que sufre de vampirismo. Aunque su tío lo trata de “nosferatu”, Martin carece de garras y caninos, pero no de necesidad de sangre, por lo que debe atacar a sus víctimas con hojas de afeitar y agujas de inyectar. Hay la vaga sugerencia de que Martin podría sufrir una enfermedad hereditaria, pero su vampirismo es sobre todo el producto del ambiente represivo y autoritario que lo circunda en su familia.

El hecho macizo es que, entre fines de los 60 y mediados de los 80, un solo cineasta, que no estaba en la primera línea de la fama y que

⁶ Como muchas de las cintas de Romero, también esta fue objeto de una segunda versión: *La epidemia* (*The crazies*, 2010), de Breck Eisner.

podía ser tomado como un excéntrico, dio figuración y contorno a un nuevo mito que interpretaba diversos terrores asociados al contagio, sinécdoque nuevamente de la alienación, la masificación, el control de las conciencias, la manipulación biológica y muchos otros temas próximos. El de Romero es un caso tan extraño en la historia del cine que algún crítico quiso explicar que sus obras se convirtieron en *cult movies* por el hecho de que “los tiempos eran palpablemente paranoicos” (O’Toole, 2008, pp. 257-262). El zombie logró dar un imaginario a un mundo peligroso, en permanente riesgo de exterminio colectivo, aunque esa no era una ansiedad restringida a Estados Unidos, como lo confirmó la proliferación de películas similares en todo el mundo.

Romero no tuvo el mismo éxito con estas y otras películas posteriores, lo que explica su regreso con una segunda trilogía de zombies, 20 años después de cerrada la primera: *La tierra de los muertos vivientes* (*Land of the dead*, 2005), una representación de la pandemia a la luz de la lucha de clases; *El diario de los muertos* (*Diary of the dead*, 2007), alegoría reflexiva acerca del oficio del cine, y *La resistencia de los muertos* (*Survival of the dead*, 2009), en la que la situación se ha invertido y los zombies luchan por no ser sanados. En estos tres casos la situación de los infectados se torna ambigua: siguen siendo una amenaza, pero, a la vez, son víctimas de la persecución, la segregación y la miseria. La pandemia muestra su reverso, la repulsa social a los que han contraído la enfermedad..., aunque ésta siga siendo la no-vida.

Con todo, a los zombies de ambas trilogías de Romero les faltan dos de los rasgos más aterradores de una pandemia: la agresividad y la velocidad. Para decirlo en términos médicos, el R_0 de los zombies es aún bajo. En el 2004, con el mismo Romero como uno de los productores, el especialista en videos Zack Snyder debutó en el cine con una nueva versión de *El amanecer de los muertos vivientes* (*Dawn of the dead*), cuya principal característica es la velocidad de pesadilla con que los infectados se convierten en seres agresivos y la brutalidad con que buscan nuevas víctimas.

También aquí, como en el original, hay un grupo de sobrevivientes que busca refugio en un *mall*, pero en este caso ya no basta el encierro para detener a la feroz horda de muertos vivientes; ahora necesitan ba-

rricadas, alarmas y armas de alto calibre. La mortalidad de los infectados es tanto o más alta que la de los sanos.

Este rasgo había ya aparecido en *28 días después* (*28 days later*, 2002), de Danny Boyle, aunque el virus no es exactamente el mismo de los zombies, sino una mutación de la rabia. Irónicamente, lo que genera su diseminación es la acción de un grupo animalista que insiste en liberar a unos chimpancés, infectados experimentalmente en Londres para producir una vacuna. La transmisión animal-humana es inmediata y la capital británica se convierte en cuatro semanas en una ciudad arrasada por el virus, que de todos modos convierte a las víctimas en muertos feroces y contaminantes.

La secuela de esta película fue dirigida por el español Juan Carlos Fresnadillo. En *28 semanas después* (*28 weeks later*, 2002), el ejército de Estados Unidos ha tomado el control sobre una Inglaterra devastada y, creyendo haber detenido la propagación del virus, implanta a un grupo de personas en Londres para iniciar la repoblación. El cerco sanitario resulta insuficiente y un rebrote vuelve a escapar de control, ahora con impacto más allá de las islas británicas.

En el caso de estas dos películas la premisa paranoide es más aguda, puesto que el origen ya no es sobrenatural, sino la propia ciencia, en la primera, y el aparato militar, en la segunda. La crítica a lo que se suele denominar “el complejo científico-militar” constituye su primer objetivo. Lo importante, sin embargo, es que desde entonces se puede decir que la amenaza pandémica ya no se refiere a un contagio puramente metafórico, sino que toma pie en una enfermedad real —la rabia—, aunque su evolución clínica siga siendo fantástica. La rabia-zombie desplaza al zombie inmotivado.

La velocidad de diseminación de la rabia también es la fuente del pánico en *Estación Zombie* (*Busanhaeng*, 2016), de Sang-ho Yeon, que primero la había desarrollado como una película de animación, con el título de *Estación Seúl* (*Seoulyeok*, 2016); este origen devela, en cierto modo, hasta qué punto la trama ha sido concebida en el campo de la fantasía liberada de las exigencias de la verosimilitud (sorprende igualmente que Sang-ho llegara en solo unas semanas a la conclusión de que podía pasar a registro “realista” sin alterar su historia).

La trama envuelve a un hombre que viaja con una niña en el tren de alta velocidad KTX desde Seúl a Busán, a bordo del cual estalla un fulminante brote de rabia-zombie que se traspasa de carro en carro. La clave alegórica de esta película es la velocidad, desde el contagio hasta el tren, ambas sinécdoques extendidas de la vida tecnológica y de la dificultad de comunicarse entre padres e hijos. Sang-ho Yeon prolongó su historia en *Train to Busan* (2020), que sigue el patrón establecido por *28 semanas después*: a cuatro años de la devastación de Seúl, un soldado es enviado a buscar sobrevivientes, una aventura que, como es fácil presumir, detona un nuevo brote, más insensato que el anterior.

El cine coreano, tan pródigo en depredadores como el de Japón, ha sido el primero en aprovechar la pandemia de la COVID-19 para estrenar, durante su desarrollo, una película que asocia la situación del mundo con el mito zombie: *#Vivo* (*#Saraitda*, 2020), de Il Cho, en la que dos adolescentes quedan aislados en sus respectivos departamentos mientras estalla una violenta resurrección de muertos. Algunos la acusan de copiar a una película francesa anterior, *La noche devoró al mundo* (*La nuit a dévoré le monde*, 2018), de Dominique Rocher, pero en verdad no es mucho más que un esfuerzo de desplazamiento de las ansiedades púberes ante un mundo donde todos los adultos son depredadores.

Pero, si hubiese que fijar un momento de expansión máxima del mito zombie, éste ocurrió antes, acaso en *Guerra Mundial Zombie* (*World War Z*, 2013), de Marc Forster, en la que los no-muertos no solo contagian a media humanidad, sino que se hacen de armamento y constituyen ejércitos completos para lanzar una ofensiva devastadora y total sobre la única especie que los combate. No hace falta decir que, siguiendo la extrema formalización alcanzado por el tropo en su copioso trayecto de productos, el final queda otra vez ligeramente abierto.

Desde allí solo cabe presumir su inevitable declinación.

LA PANDEMIA TECNIFICADA: LOS CULPABLES

Las películas de anticipación, usualmente denominadas de “ciencia ficción”, también tienen un historial largo en relación con las epidemias. Una comedia silente de 1924, *El último hombre en la tierra* (*The last man*

on earth, de John G. Blystone), imagina un virus llamado “masculinitis”, que extermina a todos los hombres en el aún distante año de 1950. El resultado es que un hombre, que se ha convertido en ermitaño por despecho, se convierte en el bien máspreciado del planeta. Con el ánimo contrario, en una aventura desoladora y pavorosa, *Niños del hombre* (*Children of man*, 2006), de Alfonso Cuarón, se acerca a la misma premisa: una pandemia ha producido la infertilidad de todas las mujeres y hay una búsqueda desesperada y homicida por los últimos niños o las mujeres fértiles que puedan estar vivos. ¿El año en que eso ocurriría? 2027.

Una cinta de los primeros años del cine sonoro, *Lo que vendrá* (*Things to come*, 1936), de William Cameron Menzies, célebre por sus memorables decorados futuristas, imagina una segunda guerra mundial —que aún no ocurría— después de la cual el mundo se vería asediado por dos tipos de males: la anarquía y las plagas, ambas en intercambiable relación de causa y efecto. El progreso de la ciencia significaría, a la postre, la salvación de la humanidad.

En una línea similar a *Lo que vendrá*, pero con un futuro más dramático, se sitúa el caso de *El castigo del dictador* (*Bilá nemoc*, 1937), de Hugo Haas, una película checoslovaca hoy considerada premonitoria. Una epidemia similar a la lepra ataca Europa central, causando la muerte de las personas mayores. El doctor Galen investiga y consigue una vacuna, pero se niega a entregarla a su gobierno, dirigido por un *führer* que lleva una agresiva carrera armamentista, a menos que se comprometa a luchar por la paz mundial y renuncie a invadir a sus vecinos. El estreno, celebrado como un melodrama social de final feliz, tuvo lugar dos años antes de que Hitler invadiera Checoslovaquia. (Irónicamente, los nazis hicieron más tarde su propia película sobre epidemias: *La prisionera del destino* [*Opfergang*, 1944], en la que una pareja de intelectuales, inspirados en todo momento por Nietzsche, ayudan a una mujer finlandesa a salvar a su hijo en medio de un agresivo brote viral en Hamburgo.)

El futurismo tecnológico se reparte en dos grandes líneas: la primera son las pandemias de origen extraterrestre, que alimentan un sinnúmero de películas apocalípticas. Normalmente se trata de una especie infiltrada en el planeta dentro de alguna misión humana que regresa del espacio exterior o por una invasión ultraterrestre.

Aunque antecedido por decenas de casos, el epítome de la importación involuntaria de infecciones es *Alien* (1979), de Ridley Scott, sucedido por numerosas secuelas. La tripulación de una nave enviada a los confines del universo contrae un parásito que se aloja en el tórax de los hombres, donde crece hasta destruir a su anfitrión. Es un ovíparo convertido en mamífero, omnívoro e indestructible, sin otro fin que matar y reproducirse. En esto último, toma la idea del virus como ente sin finalidad y construye una pesadilla posttecnológica y poscientífica que desborda tanto las capacidades defensivas de la especie humana como sus categorías de conocimientos. El alien es esencialmente incomprensible.

Entre las invasiones ultraplanetarias de carácter pandémico tal vez la más penetrante es la de *Muertos vivientes* (*The invasion of the body snatchers*, 1956), de Don Siegel, en la que un inexplicado microorganismo vacía los cuerpos y las identidades de las personas durante el sueño y las sustituye por entes obedientes a una entidad externa. Esta cinta fue objeto de una notable segunda versión del cineasta Philip Kaufman (*Los usurpadores de cuerpos* [*The invasion of the body snatchers*, 1978]) y, sobre todo, de una ingeniosa variación de John Carpenter, *Sobreviven* (*The live*, 1988), en la que el protagonista reconoce los cuerpos usurpados mediante unos anteojos especiales. En todos estos casos, el centro consiste en el miedo al contagio y el terror a los otros que, una vez enfermos, han dejado de ser humanos. El verdadero terror radica en esto: el efecto psicosocial de la epidemia. No está de más agregar que Carpenter ha sido un cineasta singularmente pertinaz en explorar metafóricamente todas las formas de terror social de la era contemporánea, incluyendo a los vampiros y a ciertas modalidades de los zombies.

La nota irónica está inspirada en la novela popular de H. G. Wells *La guerra de los mundos*, publicada en 1898. En las más importantes versiones filmicas, *The war of the worlds* (1953), de Byron Haskin, y *War of the worlds* (2005), de Steven Spielberg, una invasión de imbatibles máquinas marcianas es derrotada por la gripe simple, a la que el hombre ha desarrollado total inmunidad. Es un final alegremente darwiniano para una pesadilla apocalíptica.

Una segunda categoría es la que abarca las pandemias creadas por el hombre, salidas del control científico o desatadas deliberadamente.

En *La amenaza de Andrómeda* (*The Andromeda strain*, 1971), de Robert Wise, una guerra atómica y bacteriológica ha devastado al mundo y un puñado de científicos debe enfrentarse a otros sobrevivientes, deformes y psicóticos, que viven en la oscuridad y se hacen llamar “La Familia”.

En *Virus* (*Fukkatsu no hi*, 1980), del japonés Kinji Fukasaku, un grupo de sobrevivientes de un virus letal desarrollado por el ejército de Estados Unidos trata de hallar un antídoto contra la enfermedad desde una base en la Antártica⁷. *Virus* puede ser vista como una extensión de la imaginación postatómica japonesa, a la que se afilian los monstruos más peculiares de su cine, Godzilla, Mothra, Hedorah y otros, todos productos de mutaciones genéticas causadas por las bombas atómicas.

El británico Terry Gilliam, antes autor de comedias satíricas con el grupo Monty Python, tomó el argumento de un corto francés —*La jetée* (1962), de Chris Marker— para desarrollar en *12 monos* (*12 monkeys*, 1995) una combinación de pesadilla paródica y apocalipsis orwelliano, en la que un virus creado por el hombre arrasa con la humanidad en una envenenada atmósfera del 2035. La cinta tiene alguna curiosa similitud con la adaptación, por el también británico Michael Radford, de *1984* (1984), la novela antidictatorial de George Orwell.

El cineasta canadiense David Cronenberg fue llamado por muchos años “el maestro del horror corporal”, debido a su visible obsesión con la contaminación de origen científico. Uno de sus primeros largometrajes, *Crimes of the future* (1970), describe la peripecia de un médico cuyos experimentos dermatológicos han derivado en una plaga descontrolada que ha eliminado a todas las mujeres del mundo.

En el siguiente, *Deseo mortal* (*Shivers*, 1975), un edificio de departamentos sufre la invasión de un parásito que provoca un incontenible apetito sexual después del más leve contacto. Y en *Fobia* (*Rabid*, 1977), una mujer sometida a una cirugía plástica sufre una mutación orgánica, que le origina un órgano sexual diminuto y penetrante con el cual convierte a sus víctimas en inconscientes monstruos sexuales.

⁷ Uno de los protagonistas es un capitán chileno encargado de “Frey Station”. Ver: Cavallo, Ascanio y Martínez, Antonio. (2012). Chile en el cine, Vol. I. Santiago de Chile: Uqbar Editores.

Años más tarde estas películas fueron leídas como anticipaciones de la pandemia del VIH (Rodley, 1992). La complejidad de ambas se aviene mal con una lectura tan unilateral, pero es un hecho que el interés central de todo el cine de Cronenberg (que más tarde derivaría hacia materiales psiquiátricos y genéticos) es la disociación violenta entre el cuerpo y la mente, expresada con las formas concretas y a la vez alegóricas del terror contemporáneo.

Una categoría excéntrica podría agrupar a ciertas películas cuya voluntad alegórica apunta a dar ciertas advertencias sobre males presentes con alta capacidad de contagio. Es el caso de *Ceguera* (*Blindness*, 2008), de Fernando Meirelles, una adaptación del *Ensayo sobre la ceguera*, de José Saramago, en el que las personas sufren una enfermedad que los hace ver todo blanco y les impide reconocer los contornos de la realidad.

Un segundo caso es el de *El fin de los tiempos* (*The happening*, 2008), de M. Night Shyamalan: una toxina diseminada por el aire induce a la gente a suicidarse. Los habitantes de la Costa Este de Estados Unidos pierden su instinto de supervivencia y se aniquilan en cualquier lugar, con cualquier medio. Es una idea escalofriante, aunque carece del componente contagioso que agrega a otras películas el rechazo a los otros.

El tercer caso es el de *El pulso* (*Cell*, 2016), de Tod Williams, basada en una novela de Stephen King, en la que un sonido emitido simultáneamente a miríadas de teléfonos celulares convierte a sus receptores en feroces caníbales depredadores que atacan sin motivo y transforman a Estados Unidos en el paraje de una desoladora guerra civil. Aquí, nuevamente, no hay contagio, pero todos los otros, sin excepción, son amenazas peligrosas.

Para el final hay que dejar a las representaciones que remiten a las grandes instituciones sanitarias para agregar consistencia a sus historias. El primer uso de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) aparece en una comedia británica, *Un caso extraño* (*A matter of WHO*, 1961), cuyo título original juega con la organización y al mismo tiempo con un tema pandémico: el esfuerzo —aquí, cómico— por trazar los contactos de un “paciente cero” que muere de viruela al llegar al aeropuerto de Londres.

El ahora famoso Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos debutó para el cine en *Epidemia* (*Outbreak*, 1995), de Wolfgang Petersen, donde médicos militares y civiles se unen para tratar de controlar el brote de una enfermedad transmitida por un mono africano que ha sido internado ilegalmente en California. La pesquisa de los contagiados incluye una conspiración entre los propios médicos, aunque el tono general de la película aspira a cierta épica profesional: los obstáculos crecientes que se presentan ante los especialistas para detener la diseminación viral. Es útil recordar que, para la fecha del estreno, formaba ya parte del saber convencional la identificación del VIH como producto de una contaminación mono-hombre. (El CDC reaparece en una ficción que anticipa otro fenómeno ahora mundializado, *Quarantine* [2008], de John Erick Dowdle, en la que un equipo de televisión queda atrapado en un edificio sometido a cuarentena cuyos moradores se contagian de un virus antropófago.)

Contagio (*Contagion*, 2011), de Steven Soderbergh, es probablemente el intento más documentado por aproximar los efectos colectivos de una pandemia con una capacidad de expansión global, como la de COVID-19. El eje es el CDC, que demora unos días cruciales en identificar la naturaleza de una cadena infecciosa mortal que comienza con un ejecutivo que regresa de Hong Kong enfermo de una gripe desconocida. Soderbergh es un cineasta especializado en narrar historias complejas que ocurren en diversos planos y espacios, como antes hizo con el narcotráfico en *Traffic* (2000), una manera persuasiva de retratar la interconexión de un sistema complejo cuyas partes se desconocen entre sí. Es, dicho de otro modo, un cineasta de la modernidad globalizada, lo que constituye la principal explicación del aspecto anticipatorio que adquiere *Contagio* ante la muy posterior expansión del coronavirus de 2020.

Para septiembre del 2020, nueve meses después de la identificación y la expansión de la pandemia, ya se registraban 3.874 productos audiovisuales referidos a la COVID-19, entre los cuales una decena son largometrajes y unos 25 cortometrajes. Es solo el comienzo. Cabe esperar para los próximos años un torrente de películas que tratarán de recuperar y traducir lo que ha sido esta experiencia inédita en la historia de la especie.

Como quiera que se haya tratado de esfuerzos anticipatorios o de ficciones completamente metafóricas, el cine se ha mostrado en esta materia como lo que ha sido ante muchos otros fenómenos de la vida social: una ventana y un espejo, en cuya singular convergencia se expresan las ansiedades, los miedos y las esperanzas de la humanidad, con la fuerza persuasiva de las imágenes que, muy a menudo, inducen a olvidar que se trata de construcciones cuidadosamente deliberadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Balio, T. (1995). *History of the american Cinema. Vol 5: Gran Design. Hollywood as a modern business enterprise, 1930-1939*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Bordwell, D., Staiger, J. & Thompson, K. (1985). *The classical Hollywood cinema. Film style and mode of production to 1960*. New York: Columbia University Press.
- Douglas, D. (1989). *Horrors!* New York: The Overlook Press.
- Elsaesser, Th. (1998). Spectacularity and engulfment. Francis Ford Coppola and Bram Stoker's Dracula, in: S. Neale & M. Smith, *Contemporary Hollywood Cinema*. London: Routledge.
- Glantz, M. (1980). *Intervención y pretexto*. México D.F.: UNAM.
- Hutchings, P. (1993). *Hammer and beyond. The british horror film*. Manchester and New York: Manchester University Press.
- Lardin, R. (1996). *Las diez caras del miedo*. Valencia: Midons Editorial.
- Lenne, G. (1974). *El cine "fantástico" y sus mitologías*. Barcelona: Anagrama (Trad. de Gustavo Hernández de *Le cinéma "fantastique" et ses mythologies*. París: Les Éditions du Cerf, 1970).
- Mathijs, E. & Mendik, X. (2008). *The Cult Film Reader*. Berkshire: Open University Press.
- O'Toole, L. (2008). The cult of horror, in: E. Mathijs & X. Mendik, *The Cult Film Reader*. Berkshire: Open University Press.
- Perez, G. (1998). *The material ghost. Films and their medium*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Perez, G. (2019). *The eloquent screen. A rhetoric of film*. Minneapolis & London: University of Minnesota Press.
- Rodley, Ch. (ed.). (1992). *Cronenberg on Cronenberg*. London & Boston: British Film Institute.

- Sarris, A. (1998). *You ain't heard nothing yet*. Oxford: Oxford University Press. (Trad. del autor.)
- Schatz, Th. (1988). *The genius of the system*. New York: Owl Books.
- Siegel, J. E. (1972). *Val Lewton: the reality of terror*. London: Secker & Warburg.
- Skal, D. J. (1996): *V is por vampire*. Harmondsworth: Plume.
- Tibbetts, J. C. & Welsh, J. M. (1999). *Novels into film*. New York: Checkmark Books.
- Wood, R. (1996). *Hollywood from Vietnam to Reagan... and beyond*. New York: Columbia University Press (expanded and revised edition).

Ascanio Cavallo es periodista, Universidad de Chile (1979). Miembro de Número de la Academia Chilena de la Lengua y correspondiente de la RAE. Miembro del Consejo de Política Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile. Socio director de Tironi Asociados. Editor de la Colección de Cine de Uqbar Editores. Crítico de cine, columnista político y panelista radial. Autor de 19 libros sobre historia política del Chile contemporáneo, cine, periodismo y comunicación. Exdecano de Periodismo de la Universidad Adolfo Ibáñez y profesor de cursos y talleres de cine.

PERIODISMO EN TIEMPOS DE PANDEMIA. LECCIONES DE LA CRISIS SANITARIA EN EL EJERCICIO DE LA LIBERTAD DE INFORMACIÓN

ABRAHAM SANTIBÁÑEZ¹

RESUMEN

En junio de 2020, el Consejo de Ética de la Federación de Medios de Comunicación resumió el desafío del periodismo frente a la pandemia del COVID-19: “El miedo y la inquietud provocan una particular fragilidad en la comunidad, que exige de los medios contenidos prudentes y reflexivos, con sentido de responsabilidad social”. Este organismo, de autorregulación periodística (existe en paralelo el Tribunal de Ética del Colegio de Periodistas), alertó respecto de los puntos positivos y los negativos del trabajo periodístico en tiempo de crisis. Aunque ha habido muchas denuncias sobre este trabajo, las faltas no ocurren solo en los medios profesionales. Muchas exageraciones, errores manifiestos, intencionados o no se han publicado en las redes sociales, carentes muchas veces de verificación.

Los defectos detectados son, en parte, responsabilidad de los medios y las redes sociales, pero también se ha comprobado no pocas debilidades en la comunicación oficial.

En un esfuerzo por ayudar a entender lo ocurrido, en este artículo se hace un recuento de la epidemia del COVID-19, una historia de cómo se enfrentaron estos desafíos en el último siglo y un balance —muy provisorio, desde luego— de la experiencia.

La intención de fondo es destacar la importancia —siempre no solo en una pandemia— de la información “veraz, leal y oportuna”.

Palabras clave: desafío ético, recuento histórico, la gripe española, las lecciones del cólera, la conferencia de Engel, problemas informativos, debilidades comunicacionales.

¹ Premio Nacional de Periodismo 2015. Miembro de Número de la Academia Chilena de la Lengua, del Instituto de Chile.

Tras 31 años de historia, el martes 25 de agosto de 2020 el diario *El Centro* de Talca se despidió de sus lectores. Anunció que había llegado al final de un ciclo, pero no podía anticipar si el cierre era definitivo o no: “En nuestra sociedad moderna todo da vueltas y si hay que seguir a las audiencias cualquier cosa puede ocurrir. Pero por ahora, es la decisión más correcta”. El director, Hernán Espinoza, precisó en su último editorial que “no hay un proyecto en carpeta y que lo concreto es el cierre”.

En su mejor momento, el diario daba trabajo a 150 personas, entre periodistas, diagramadores, equipo de producción, área comercial, rotativa y distribución. Al producirse el cierre, se había reducido a un tercio: solo 50 trabajadores. La crisis económica generó el COVID-19 afectó al diario por la disminución de publicidad y la baja en la venta de ejemplares. Se intentó mantener la publicación apelando a créditos y otras ayudas ofrecidas por el Estado, pero, según explicó el director Espinoza, el esfuerzo fue inútil.

El fin de *El Centro* no es un caso único. Con distinta suerte, otros medios, en Chile y el mundo, han sufrido el impacto del COVID-19 y la consiguiente crisis económica. En marzo el diario *La Discusión* de Chillán puso en suspenso su versión impresa para quedarse solo con su plataforma digital. El periódico, fundado en 1870, es el segundo más antiguo del país. En 1976, Alfonso Lagos, su propietario, lo donó a la Universidad de Concepción. Durante su larga existencia *La Discusión* se consolidó como un referente informativo y cultural en la región de Ñuble y más allá.

En mayo fue el turno de la revista *Capital*. Su directora, Marily Lüders, informó, a través de Twitter, que “las sucesivas crisis nos fuerzan a dejar de editar la revista en papel”.

La mayor parte de los medios impresos ha reconocido la existencia de similares problemas económicos durante 2020. Como resultado, se vieron obligados a despedir parte del personal, disminuir el número de páginas y suprimir suplementos y revistas.

Parecidas dificultades económicas se han traducido en cambios drásticos en la programación de la televisión, incluyendo despidos del personal periodístico, administrativo y técnico. En los canales de televisión,

el COVID-19 produjo, además, significativos cambios en los espacios de farándula. Han tenido, sin embargo, reiterados tropiezos en materia ética, al incursionar en el ejercicio periodístico propiamente tal. En el manejo de los animadores, “noteros” e incluso periodistas profesionales en temas delicados (femicidios, violencia intrafamiliar o situaciones personales) se han cometido errores lamentables. Algo parecido ha ocurrido en las radioemisoras debido a que ha existido, por meses, una audiencia cautiva, que se acostumbró durante años a escarbar en las intimidades de famosos o no tan famosos.

El análisis de la situación en los meses de confinamiento por la pandemia es extremadamente complejo, pero debe abordarse, ya que es uno de los aspectos destacados de la crisis. Es indispensable hacerlo si se considera el papel vital que se le reconoce a la información en la vida democrática. Un periodismo debilitado, con dificultades para cubrir correctamente la pandemia, y que sufre al mismo tiempo un grave deterioro económico, genera una preocupación válida para toda la sociedad.

EL ESTALLIDO DE LA PANDEMIA

El 4 de mayo de 2020 la Unesco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Knight de Periodismo en las Américas de la Universidad de Texas, iniciaron un curso en línea titulado “Periodismo en la pandemia: Cubrir el COVID-19 ahora y en el futuro”. El curso, de cuatro semanas, contó además con el apoyo de la Fundación Knight y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

No fue el único proyecto de este tipo, pero sin duda ha sido el más cercano a Chile y los países latinoamericanos. Contó con la participación de nueve mil profesionales de medios de comunicación procedentes de 162 países. En su desarrollo, recibieron información, conocimientos y herramientas indispensables para una efectiva cobertura periodística de la crisis sanitaria. Un aspecto importante del programa se enfocó en la desinformación, bautizada por la OMS como una “infodemia masiva”.

Pese a esta y otras iniciativas similares, el balance no ha sido plenamente satisfactorio. La preocupación internacional por el COVID-19 se

generó cuando China entregó los primeros informes de “casos de neumonía” ocurridos entre el 12 y el 29 de diciembre de 2019 en Wuhan. La comunicación oficial a la OMS se hizo el 31 de diciembre.

El 5 de enero de 2020 China anunció que los casos de Wuhan no correspondían a ningún virus conocido anteriormente como el SARS (Severe acute respiratory síndrome) ni al MERS (*Middle East respiratory syndrome*). La Comisión de Salud Municipal de Wuhan dio cuenta del inicio de una investigación sobre el brote. Dos días después se informó que se había identificado el virus como un nuevo coronavirus.

En las semanas siguientes, los contagios fueron aumentando en Asia y Europa. Era inevitable que finalmente llegara al continente americano. El 3 de marzo se confirmó el primer caso en Chile: un médico de Talca, de 33 años, que había viajado al sudeste asiático. Desde el Ministerio de Salud se hizo saber que debería permanecer en su domicilio, bajo vigilancia epidemiológica.

El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declaró oficialmente que se trataba de una pandemia.

Esa misma semana, explicando que no tenía forma de hacer el seguimiento (“trazabilidad”) de los contagiados, el Ministerio de Salud de Chile declaró la fase 3 de la pandemia. Las restricciones impuestas contemplaban un límite de 500 personas que podían asistir a eventos masivos. Casi todas las actividades habituales, incluyendo el acceso a los *malls*, se mantuvieron inicialmente con cierta normalidad. Pero, a partir de entonces, de manera creciente, se empezaron a aplicar nuevas medidas restrictivas: suspensión de clases y de funcionamiento de restaurantes y cafés; cierre de espectáculos, incluyendo cines, teatros, fútbol y actividades no esenciales.

El efecto en la economía fue casi inmediato. Se registró un aumento de la cesantía debido a la paralización generalizada de actividades. Como una manera de aminorar el impacto, la autoridad dispuso el otorgamiento de bonos y beneficios económicos destinados a paliar los peores efectos de la situación. Se discutieron diversas medidas, especialmente una muy polémica, que se generó en el Congreso, cuyo objetivo era permitir que las personas pudieran retirar de las AFP hasta el diez por ciento de los ahorros acumulados en sus cuentas individuales. Aun-

que en ciertos sectores se pronosticó una catástrofe, dada la magnitud de las cifras, ella no se produjo. Se generó, en cambio, una interrogante no resuelta acerca del futuro del sistema previsional chileno.

En este complejo panorama, pese a que todavía no había claridad sobre la situación, al cabo de dos meses se empezó a hablar oficialmente del eventual retorno a una “nueva normalidad”. La estrategia anunciada consideraba una serie de medidas, con el fin de reactivar las actividades económicas, laborales y escolares. El gobierno dio a conocer su intención de que los funcionarios públicos pudieran retomar sus puestos de trabajo de manera presencial, que los escolares volvieran a clases y que los centros comerciales reabrieran sus puertas. Sin fijar fechas precisas, se planteó que este “plan retorno” debería concretarse entre fines de abril y principios de mayo.

Pronto, sin embargo, se hizo evidente que la apuesta era prematura, tanto en Chile como en otros países.

La BBC comentó que “así lo han señalado expertos en materia sanitaria que ven con cautela esta decisión en medio de un aumento de los casos”. La OMS advirtió que “cualquier reducción de las medidas restrictivas en el mundo se tiene que hacer con precaución para evitar un aumento exponencial de los casos positivos”. “Lo peor aún está por venir. Prevenamos esta tragedia. Es un virus que muchas personas aún no entienden”, sostuvo el 20 de abril Tedros Adhanom, director general de la organización.

Este episodio dejó en evidencia un dato fundamental: las autoridades —tanto de nuestro país como del resto del mundo— se vieron brutalmente enfrentadas a un desafío para el cual no estaban preparadas.

La del COVID-19, de 2020, no es la única pandemia que ha azotado a la humanidad. Pero ha estado marcada por diversos aspectos nuevos, empezando por la inusitada rapidez con que se propagó. No podía ser de otro modo, cuando todo el planeta está unido físicamente (con aviones y trenes de alta velocidad y cruceros que cobijan a miles de personas) y se han popularizado tecnologías de comunicación sin precedentes.

LA INFECCIÓN INFORMATIVA

No solo eso. Gracias a Internet y las “redes sociales”, cada persona en el mundo puede conectarse literalmente con cualquier habitante de cualquier continente en forma instantánea. Esa realidad explica que el COVID-19 haya llegado a todo el mundo de manera fulminante. Pero, además, el fenómeno de las falsedades y acusaciones injustificadas (*fake news*), que han acompañado históricamente a las pandemias, ahora se multiplicó al alero de las nuevas herramientas comunicacionales. Preciso la Unesco: “la gran cantidad de falsedades crea confusión acerca de la información seria. Ello tiene un impacto inmediato en cada persona”. Y, por cierto, en toda la comunidad.

Las noticias falsas, son, sin duda, uno de los mayores problemas que ha debido enfrentar el periodismo en estas circunstancias. Pero no son las únicas.

Debido a que esta es una época caracterizada por la facilidad con que se comunican verdades y mentiras, ha crecido la desconfianza acerca de las “verdades oficiales”. La capacidad del periodismo de hacer denuncias sólidamente fundamentadas, que caracterizó por ejemplo al caso Watergate en EE.UU., consagró las posibilidades del periodismo bien hecho. Pero el ejemplo de *The Washington Post*, que inspiró similares investigaciones en los cinco continentes, aparte de poner al descubierto infinitas formas de corrupción, sembró duros cuestionamientos. Nunca antes las actuaciones de líderes sociales, políticos, empresariales —e incluso religiosos— habían sido expuestos a un parecido escrutinio público. Fue un refuerzo considerable para el ejercicio responsable de la democracia. Pero, inevitablemente, abrió las puertas a un generalizado periodo de sospechas.

En el caso chileno, este espíritu crítico se alimentó por años, por diversas razones. Había, sin embargo, instituciones con una excelente evaluación. Entre ellas, el sistema público de salud. Su prestigio se había consolidado pese las deficiencias generadas por el explosivo crecimiento de la demanda y las injusticias creadas por las privatizaciones aceleradas. El sistema público de salud estaba bien considerado y, sobre todo, era creíble. Era el fruto de una política continuada desde el siglo pasado.

LO QUE NOS ENSEÑÓ LA GRIPE

Algunos autores fijan en las lecciones de la gripe española (1918) la consolidación de una política de Estado que impuso vacunaciones obligatorias, controles universales de salud, medidas de prevención y pago de licencias médicas. Adicionalmente, se logró frenar el riego con el uso de aguas servidas en las faenas agrícolas. Todas estas acciones tuvieron un resultado enormemente positivo. En el siglo siguiente a la gripe española, Chile superó enfermedades de larga data, como el tifus exantemático, la tuberculosis y las infecciones gastrointestinales. Esto explica, además, algunos éxitos notables en el enfrentamiento de emergencias como inundaciones, grandes incendios urbanos y terremotos.

En los años 90, sin necesidad de imposición por la fuerza, se controló un brote de cólera. El periodista Manuel Salazar describió lo ocurrido:

En enero de 1991 se conocieron los primeros casos [de cólera] en las ciudades peruanas de Chancay y Chimbote. En los meses siguientes, la epidemia afectó a Ecuador y Colombia, extendiéndose luego al oriente a Brasil, por el sur a Chile y por el norte a México. Hacia fines de 1991 estaban afectados quince países de las Américas, notificándose más de 730 mil casos de la enfermedad y más de 6.300 fallecimientos².

En esta pandemia de cólera —resalta Salazar— la situación de Chile fue diferente. Entre abril de 1991 y marzo de 1993, se notificaron 146 casos de la enfermedad, de los cuales sólo tres fallecieron. En 1998, hubo un brote con 28 casos y con dos fallecidos en un sector cercano a San Pedro de Atacama.

¿Cómo se superó el peligro?

Lo primero fue, sin duda, el nivel de la conciencia nacional respecto de la importancia de la salud pública. Y la estrategia como se trabajó esa vez la recordó, hace diez años, un grupo de investigadores universitarios en una publicación médica especializada:

En 1991, desde el momento que fueron notificados los primeros casos de cólera en Perú, comenzó la alerta epidemiológica en Chile. Las primeras

² Lo ocurrido con la epidemia de cólera lo recordó en 2010, en la Revista Chilena de Infectología, un grupo de investigadores universitarios: Valenzuela B, M. T. et al. (2010). Estrategias para el enfrentamiento del cólera: La experiencia chilena desde una perspectiva de salud pública. *Rev. chil. infectol.* [online], 27(5), 407-410. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000600005>.

medidas de orden general adoptadas en nuestro país fueron la constitución de una Comisión Nacional del Cólera y la realización de un diagnóstico de situación acabado, desde una perspectiva clínica y ambiental, de los recursos disponibles y del grado de capacitación de los equipos de salud. De igual forma, se inició el diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica y control del cólera enfocado al hombre y al ambiente. La Comisión Nacional del Cólera se subdividió en varias subcomisiones que analizaron las diferentes aristas de la epidemia, para así dar una rápida respuesta a la población.

Uno de los aspectos que se logró resolver con mayor prontitud tuvo relación al diagnóstico de *Vibrio cholerae* gracias a la existencia de un cepario en el Instituto de Salud Pública (ISP), de modo que las técnicas de laboratorio de identificación y aislamiento del agente causal fueron validadas y transferidas a través del Sistema Nacional de Laboratorios Clínicos y del Ambiente.

ÉXITO SANITARIO Y COMUNICACIONAL

Esta oportuna respuesta de los especialistas contó con un sólido respaldo comunicacional. El estratega fue el ministro secretario de gobierno, el sociólogo Enrique Correa, y el doctor Jorge Jiménez, a cargo de la cartera de Salud, como vocero, aunque no exclusivo. Tuvieron un efectivo apoyo de parte de los medios de comunicación, lo que permitió que la campaña fuera un éxito. El propio exministro Jiménez ha recordado que “en los cuatro o cinco meses que siguieron se controló la enfermedad”. El número de casos fue muy bajo y el porcentaje de fallecidos llegó apenas el 0,2%.

Esta exitosa experiencia, sumada al notable crecimiento económico de Chile en las décadas siguientes y la enorme mejoría de los sistemas de agua potable y el término definitivo del riego de hortalizas con aguas servidas, contrasta dramáticamente con el hecho de que el manejo del COVID-19 haya sido tan difícil.

La agresividad del coronavirus explica parte de la diferencia. Pero hay que agregar la rapidez de la propagación del contagio por el mundo, las vacilaciones iniciales para optar entre los efectos negativos en la economía de medidas como el confinamiento, y los riesgos para la salud. Aunque, debido a las diferencias de estación, ya había ejemplos

que imitar, también llegaban opiniones que desalentaban la aplicación de ciertas restricciones o precavían contra una sobre-reacción. En países de alto desarrollo se han escuchado voces negacionistas que, por ejemplo, consideran innecesario el uso de mascarillas y el distanciamiento físico, mal llamado “social”.

El avance implacable de los contagios revirtió la situación, aunque subsistieron dudas y problemas de difícil solución.

Uno de estos aspectos imprevistos lo planteó el mecanismo utilizado para el recuento de víctimas, tanto contagiadas como fallecidas. Aunque las estadísticas de Chile no han sido cuestionadas, uno de los primeros problemas que surgió fue la dificultad de recopilar datos con la rapidez requerida para usarlos en la toma de decisiones. Durante meses se discutió cómo sumar los casos dudosos, es decir si correspondía o no incluir entre los muertos por COVID-19 a los pacientes sospechosos, pero sin diagnóstico previo. Da la impresión de que hay quienes creen que es negativo para la imagen del país entregar cifras muy altas. Este es un fenómeno que no se limita a nuestras fronteras. Como si se tratara de una competencia (deportiva o de cualquier tipo), algunos gobernantes se empeñaron en mostrar resultados excelentes. La frenética búsqueda de una vacuna efectiva también motivó una carrera, más que científica, publicitaria. Esta visión de corto alcance explica, también, algunos golpes bajos: la confiscación de cargamentos sanitarios escasos o el intento de asegurar en forma anticipada la compra de todas las vacunas disponibles.

Pese a lo anterior, es necesario consignar que también ha habido aspectos positivos.

EL DILEMA DE LOS RESPIRADORES

La respuesta de la autoridad ante una crisis, cualquier crisis de cualquier tipo, exige tener y poder entregar información clara y precisa. En el caso de la pandemia del COVID-19, más allá de las medidas adoptadas por el gobierno y las autoridades sanitarias, más allá de la mayor o menor simpatía de los voceros, en Chile se requería coherencia, experiencia y credibilidad.

Desde el comienzo, el Ministerio de Salud organizó “puntos de prensa” para entregar diariamente la información oficial. Además, en diversas ocasiones, los anuncios los hizo el propio presidente de la República. No siempre, sin embargo, se cumplieron los requisitos comunicacionales recomendados por los expertos.

Un problema fue que no había certezas en algunos aspectos básicos. Por semanas, por ejemplo, se mantuvo la controversia acerca de la utilidad del uso de las mascarillas.

En marzo, en un primer compendio de recomendaciones, el Colegio Médico fue enfático en asegurar que “las mascarillas solo deben ser utilizadas por personas con síntomas respiratorios, personal de salud y personas a cargo del cuidado de pacientes. El uso de mascarilla por personas asintomáticas, que no tienen contacto con casos, no tiene utilidad demostrada y el mal uso del recurso ha significado un desabastecimiento importante de mascarillas disponibles para el uso por los equipos de salud”.

Aparte de la posibilidad de desabastecimiento, el debate se repitió en todo el mundo. Iniciado el segundo semestre del año, en algunos países sin tradición en el uso de las mascarillas, como es el caso de Asia, todavía se dudaba acerca de imponer o no su exigencia.

Sin embargo, la mayor discusión en los primeros meses (marzo, abril de 2020) se centró en la disponibilidad de respiradores artificiales.

El tema se instaló en nuestro país a partir de las informaciones procedentes de Europa, en especial de Italia, donde había reaparecido un antiguo dilema: ¿si los recursos sanitarios son escasos, a quien debe dar preferencia el médico? Se hablaba del “dilema de la última cama”, referido a pacientes vulnerables, por edad o por enfermedades crónicas, cuyo cuidado podía impedir la adecuada atención de otros pacientes más jóvenes. En Chile, en marzo, se publicó en la prensa un llamativo comentario: “no puedo ignorar que es muy posible que se llegue a un momento en que los médicos deban enfrentar un terrible dilema ético al tener que escoger a qué paciente apoyar con tratamientos intensivos”.

En los días siguientes se intensificó el debate. Hubo quienes renunciaron explícitamente a los respiradores artificiales si llegaba el caso. Pero también hubo críticas, ya que se trataría, siempre, de situaciones personales que no tenían por qué hacerse públicas.

El hecho positivo es que, fuera o no debido a esta discusión, se desplegó un intenso empeño para aumentar el número de camas críticas, se integraron los servicios de salud públicos y privados ante la emergencia, y se compraron grandes cantidades de respiradores artificiales. Se contó con generosos aportes privados y la Fuerza Aérea efectuó viajes de largo aliento con complejos planes de vuelo para sortear problemas como el acaparamiento o la requisición de los aparatos. El resultado fue exitoso. El balance, cuando la pandemia empezó a declinar, indicó que nunca faltaron los respiradores y, en algunos casos, bastó con trasladar pacientes a ciudades o regiones donde había disponibilidad.

A comienzos de septiembre se informó que había 600 respiradores disponibles en todo el país. Nunca se produjo el colapso que se pronosticó en marzo/abril.

Menos positivo fue el balance de otro tema fundamental para enfrentar de la pandemia: el número de tests conocidos como PCR (las siglas en inglés de “Reacción en Cadena de la Polimersa”).

También en esta área había poca experiencia.

EL ANÁLISIS DE ENGEL

Por ello, la implementación masiva de los exámenes de COVID-19 fue lenta. En julio, el subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, reiteró el llamado a que “las personas puedan realizarse el examen lo antes posible, apenas presenten los síntomas”. Hizo presente que los contagiados “empiezan a contagiar dos días antes de presentar los primeros síntomas”.

Se ha demostrado que una de las maneras más efectivas de controlar una pandemia consiste en detectar oportunamente los pacientes infectados y hacer posible, además de su tratamiento, la trazabilidad del contagio.

El economista e ingeniero civil matemático Eduardo Engel, miembro correspondiente de la Academia Chilena de Ciencias de Instituto de Chile, se ha posicionado, desde el Centro de Estudios Espacio Público, como una voz autorizada del diseño y ejecución de políticas públicas. Consecuentemente asumió un rol protagónico frente al COVID-19. No ha estado exento de polémicas por su visión, no siempre concordante con la del gobierno³.

Invitado como orador principal a la inauguración del año académico del Instituto de Chile, se le pidió, como expresó Adriana Valdés, presidenta de la corporación, “que nos ayude, al Instituto y a todos los chilenos, a pensar mejor en lo que viene”⁴.

Lo hizo el 29 de julio. Su presentación mezcló la cautela y el optimismo. Planteó, en primer lugar, la idea de que “mientras no exista vacuna, no habrá normalidad”. Por lo mismo, se preocupó de indagar el tiempo necesario para disponer de la vacuna contra el COVID-19. Los resultados de una encuesta, realizada por él, reflejaron una dosis de optimismo de los consultados, aunque casi nadie esperaba que fuera muy pronto. La fecha más probable, dijo, se fijó para el primer semestre de 2021. Subrayó, sin embargo, que en ese momento era imposible hacer un cálculo exacto. Coincidentemente con esta afirmación, en las semanas siguientes se anunciaron avances en esta materia desde distintos centros de investigación. El más llamativo, aunque muy controvertido, fue el de que Rusia ya estaba en condiciones de hacer pruebas con la vacuna bautizada como “Sputnik V”. El presidente de los Estados Unidos, Donald Trump, no se quedó atrás. A comienzos de septiembre aseguró que habría vacunas disponibles antes de las elecciones de noviembre. Casi simultáneamente, *The New York Times* informó de los esfuerzos de espionaje internacional en la materia⁵.

³ La presentación completa se puede ver en la página electrónica del Instituto de Chile: <https://www.institutodechile.cl/2020/07/28/ceremonia-2020/>

⁴ Véase texto de la conferencia a continuación de este artículo.

⁵ A comienzos de septiembre de 2020, *The New York Times* describió en detalle los esfuerzos del espionaje de diversas potencias, con el fin de lograr información clave sobre el avance en materia de vacunas:

“Los piratas cibernéticos del servicio de inteligencia chino pretendían robar la información sobre la vacuna para el coronavirus, así que se enfocaron en lo que creían que sería un objetivo fácil. En vez de ir sencillamente tras las empresas farmacéuticas, hicieron una incursión digital en la Universidad de Carolina del Norte y en otras instituciones que estaban

Según Engel, el otro gran desafío en el tratamiento de la pandemia es la trazabilidad.

El término, según la definición del diccionario, se refiere a “la posibilidad de identificar el origen y las diferentes etapas de un proceso de producción y distribución de bienes de consumo”. En la práctica tiene un significado más amplio. Con la pandemia se ha popularizado su uso referido al seguimiento de los contagios. Así se espera controlar la situación, identificando a los contagiados y controlándolos mientras sean contagiosos. Plantea por lo menos dos exigencias básicas: el cuidado de los datos personales cuando se está haciendo la trazabilidad de los casos, y, desde otra perspectiva, el funcionamiento del transporte público cuando subsisten grandes posibilidades de contagio.

Es una tarea gigantesca, que requiere ingentes recursos humanos y financieros. Pero es ineludible, subrayó Engel. Su punto fue que se trata de un desafío “de gestión mayor”. Para asumirlo, precisó, el Ministerio de Salud necesita ayuda, aunque, sobre todo inicialmente, le ha costado dejarse ayudar.

Sobre la base de la experiencia internacional y la realidad de nuestro país, Engel estimó, al concluir su exposición, que en el primer semestre del próximo año (2021) Chile debería haber controlado la pandemia. Nuestro país podrá entonces centrarse en la recuperación económica. Para ello, señaló, el primer esfuerzo consiste en evitar los eventuales rebrotes, lo que no es imposible.

En resumen, para llegar a esta meta, Engel subrayó la necesidad de resolver positivamente tres aspectos:

realizando investigaciones de vanguardia.

Pero no eran los únicos espías que estaban en acción. El servicio de inteligencia más importante de Rusia, el SVR, se enfocó en las redes de instituciones que realizan trabajos de investigación sobre las vacunas en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, un intento de espionaje que fue detectado en un principio por una agencia británica de espionaje que monitorea los cables internacionales de fibra óptica.

Irán también ha intensificado de manera muy considerable sus intentos de robar información relacionada con las investigaciones para obtener vacunas, y Estados Unidos ha reforzado sus propias iniciativas para rastrear las labores de espionaje de sus adversarios y robustecer sus defensas.

En pocas palabras, todos los servicios importantes de espionaje del mundo entero están intentando averiguar qué están haciendo los demás”.

- Buenas campañas comunicacionales.
- Buenos indicadores verificables y validados.
- Un buen sistema de trazabilidad.

Es lo que explica, concluyó, tanto la necesidad de la cautela como el optimismo

EL PERIODISMO BAJO ANÁLISIS

Al margen del recuento anterior, es necesario volver sobre el tema de este análisis: las lecciones del ejercicio del periodismo en la pandemia.

A fines de agosto de 2020, meses después de la llegada del COVID-19 a Chile, un grupo de académicos de la Universidad de Chile dio a conocer un estudio que se entregó a la Mesa Social COVID-19, instancia de coordinación y colaboración creada por el gobierno⁶.

El texto “Bases para una comunicación de calidad en tiempos de pandemia” se preocupó de analizar la respuesta comunicacional de los actores durante la pandemia, considerando el rol de los medios de comunicación. Al identificar los principales problemas de la cobertura informativa acusó el sensacionalismo, el exceso de información sin jerarquía ni chequeo claro, y la falta de pluralismo. Los efectos, se dijo, se relacionarían negativamente con la salud mental, la percepción de riesgo y la adhesión a las medidas de prevención, todos aspectos considerados fundamentales en el análisis del papel de los medios.

Los expertos de la Universidad de Chile partieron del supuesto de que

... la situación compleja que estamos viviendo requiere dar respuestas urgentes a la ciudadanía en aquellos temas que inciden en su vida cotidiana, considerando la incertidumbre no sólo sanitaria, sino también social, económica y política. Tal demanda debe atenderse con garantías de libertad de expresión y ejercicio autónomo de la prensa

⁶ El informe de la Universidad de Chile fue elaborado por las galardonadas con el Premio Nacional de Periodismo, María Olivia Monckeberg y Faride Zerán, junto a los académicos y académicas de la Universidad de Chile José Miguel Labrín, Ximena Póo, Lionel Brossi, Rodrigo Uribe, Emmanuelle Barozet, Claudia Heiss y el jefe de prensa del plantel, Simón Boric.

El informe estableció criterios y medidas referidos a los distintos actores: autoridades, organismos públicos y privados, medios de comunicación y también la comunidad. Sin duda, es en este punto en el que mejor se perciben las insuficiencias y los errores frente al desafío del trabajo periodístico en esta coyuntura. Se planteó que los líderes públicos y las autoridades tienen la responsabilidad de transmitir una estrategia que muestre que se hacen cargo del problema; deben proveer información oportuna, evitando adelantarse o llegar muy tarde; ser una fuente clave y confiable de información para la ciudadanía; entregar información de modo constante, para no generar vacíos comunicacionales, de modo veraz y transparente; ayudar a manejar las expectativas ciudadanas y enfrentar la desinformación en pos de la entrega y circulación de información de calidad.

Estos planteamientos del informe coinciden con la mayoría de los análisis hechos en todo el mundo. Se advierte, por ejemplo, que

... en el contexto de la crisis sanitaria por el COVID-19, la desinformación puede ser mucho más dañina e incluso letal, en el sentido de que cuanto más se crea en la desinformación que circula, hay más propensión a tomar decisiones de riesgo o a dejar de cumplir con lo que las autoridades sanitarias recomiendan, como por ejemplo, distancia social, lavarse las manos, confinamiento, entre otras medidas.

Lo anterior, recuerda el documento, se agrava con la presencia de líderes que niegan la evidencia científica sobre la situación sanitaria y participan de la desinformación.

En lo referido a la responsabilidad de los medios, los expertos de la Universidad de Chile hicieron diversas recomendaciones en favor de una mayor calidad del trabajo profesional.

Se piden mayores garantías de pluralismo para el fortalecimiento democrático; orientar su cobertura a las necesidades de las audiencias en cuanto a la información sanitaria; establecer claramente criterios de ética y responsabilidad social con grupos vulnerables; comunicar con perspectiva de género y pertinencia local; entregar información especializada al alcance del público general y evitar los riesgos del sensacionalismo y estigmatización de grupos específicos.

Parecidas conclusiones, se conocieron, tanto desde el punto de vista profesional como desde las empresas y universidades. Algunos organis-

mos gremiales recalcaron, adicionalmente, las precauciones que deben tomar los periodistas en su trabajo diario, especialmente reporteros gráficos y camarógrafos.

Pero, sobre todo, se ha recalcado la importancia del trabajo bien hecho y con firmes bases éticas.

“MAXIMIZAR LOS ESTÁNDARES”

En junio de 2020, una de las dos entidades de autorregulación del periodismo existentes en Chile, resumió categóricamente el desafío planteado por la pandemia:

En el actual contexto de incertidumbre, el trabajo periodístico adquiere una relevancia singular, tanto por la mayor demanda de noticias veraces y oportunas por parte de la ciudadanía, como por el efecto que causan en la sociedad la información y la opinión difundidas a través de los medios. Esto impone una urgencia de maximizar los estándares éticos del periodismo. El miedo y la inquietud provocan una particular fragilidad en la comunidad, que exige de los medios contenidos prudentes y reflexivos, con sentido de responsabilidad social.

Aunque no informó en detalle de las denuncias recibidas por infracciones a la ética, el Consejo de Ética de los Medios de Comunicación, el organismo de autorregulación de los medios, dio a conocer su visión acerca de los puntos positivos y los negativos del trabajo periodístico en tiempo de crisis.

En numerosos comentarios y cartas al director de los medios chilenos, la opinión pública ha manifestado sus críticas por el sensacionalismo de las informaciones, las exageraciones y los errores manifiestos en algunos casos, especialmente en la televisión. Las faltas de este tipo, sin embargo, no ocurren solo en los medios profesionales. Muchas exageraciones, errores manifiestos, intencionados o no, se han publicado en las redes sociales de amplia acogida por el público, generalmente sin interés por verificar ni comprobar la validez de las fuentes. Cabe valorar el hecho de que los propios medios han dedicado parte importante de su labor investigativa al chequeo de *fake news*.

No es fácil saber si en este resumen de recomendaciones los lectores, auditores, televidentes o internautas reconocen o no sus demandas informativas durante estos meses oscuros. Pese a las quejas frente a los

organismos de autorregulación y en el Consejo Nacional de TV, que es una instancia oficial, no hay certeza de cómo percibieron el trabajo informativo en la pandemia. Aunque las audiencias encontraron abundante material de entretención durante el confinamiento obligado, hay señales de que no siempre vieron satisfechas sus necesidades. Es posible que muchos requerimientos ni siquiera se hayan formuladas explícitamente.

Parece necesario, en este punto, recordar algunas líneas de orientación. Tal vez el mejor lo hizo, hace ya varias décadas, en 1947, en Estados Unidos, la llamada “Comisión Hutchins”. El grupo de trabajo había sido creado cinco años antes con financiamiento proporcionado por Henry Luce, fundador de la revista *Time*. Se pidió a Robert M. Hutchins, canciller de la Universidad de Chicago, que lo presidiera. Hutchins convocó a once miembros: profesores de derecho, filosofía, religión y economía. Ninguno era periodista. Terminada la tarea, se dio a conocer el informe con el título “Una prensa libre y responsable”. En lo que se refiere a la responsabilidad del periodismo, el diagnóstico, pese al tiempo transcurrido y a los profundos cambios que hemos vivido, sigue siendo básicamente correcto. La Comisión hizo entonces una serie de observaciones sobre el periodismo y los medios. Dice en las conclusiones:

(Los medios) deben entregar un recuento veraz, amplio e inteligente de los acontecimientos diarios, en un contexto que les dé sentido.

Deben servir de foro para el intercambio de críticas y comentarios.

Deben proyectar un cuadro representativo de los grupos que conforman la sociedad.

Deben presentar y clarificar los objetivos y valores de la sociedad.

Deben proporcionar a todos los miembros de la sociedad pleno acceso al desarrollo actual del pensamiento y el conocimiento: corrientes de información, pensamiento y sentimiento.

Por décadas, estas ideas han sido un poderoso respaldo para quienes creemos que el periodismo no se limita a trasvasijar información ni los periodistas simples “caza noticias”. La incorporación de nuevos medios no ha variado los conceptos fundamentales aquí expresados. A la luz de la experiencia del COVID-19, estos principios siguen vigentes y su observancia pudo haber generado un mejor desempeño informativo.

En Chile, el Código de Ética del Colegio de Periodistas se ha ido actualizando permanentemente. Pero, en lo sustancial, mantiene una afirmación básica:

... los periodistas están al servicio de la verdad, los principios democráticos y los derechos humanos. En su quehacer profesional, el periodista se regirá por el principio de la veracidad, entendida como una información responsable de los hechos. El ejercicio del periodismo no propiciará ni dará cabida a discriminaciones ideológicas, religiosas, de clase, raza, sexo, discapacidad, ni de ningún otro tipo, que lleven a la ofensa o menoscabo de personas naturales o jurídicas.

La razón, se agrega más adelante, es la convicción del papel de los medios en “la formación de valores, creencias, hábitos, opinión y conductas de los distintos estamentos de la sociedad”.

Durante un periodo muy largo de nuestra historia, gran parte del periodismo falló por su silencio, por hacerse cómplice de los excesos, especialmente en las violaciones de los derechos humanos. Hoy día nos podría ocurrir al revés: que falla por decir mucho y respaldar poco. Que las fuentes no “den la cara” se ha convertido en un vicio que, al final, termina por erosionar el mejor capital de un medio y de los profesionales que trabajan en él: la credibilidad. Pero también en esto las autoridades pueden cometer errores al entregar poca información, igual que los expertos (que, incluso, pueden pecar por usar un idioma plagado de tecnicismos, que hacen incomprensible el mensaje).

La confianza del público sigue siendo la base de toda reputación periodística sólida.

Ello no ha cambiado en tiempos de Internet ni con el estallido social o la pandemia. Por lo tanto, hay aquí una enseñanza reiterada: el periodismo consiste en reportear, reportear, revisar, revisar... Dudar de todo, en especial de las fuentes oficiales. Comprobarlo todo, en especial de los voceros, que juegan a ser francos y terminan por no decir nada.

Es posible que, sobre esta base, durante la pandemia, muchos problemas se habrían podido evitar y, sobre todo, las autoridades habrían podido percibir con claridad el peso del “cuarto poder”. En una crisis sanitaria como esta, nos habría ahorrado sufrimientos, dolores innecesarios y no pocas muertes.

Abraham Santibáñez Martínez (Santiago, 1938) es periodista, Premio Nacional de Periodismo 2015. Se ha especializado en periodismo interpretativo y ética profesional. Ha sido miembro del Consejo de Ética de los Medios de Comunicación y del Tribunal de ética del Colegio de Periodistas. Autor de varios textos sobre periodismo, escribe habitualmente en El Sur de Concepción, La Prensa Austral de Punta Arenas, El Día de La Serena y El Diario de Atacama de Copiapó.

Miembro de Número de la Academia Chilena de la Lengua, actualmente es Secretario General del Instituto de Chile.

PANDEMIA EN CHILE: LOS DESAFÍOS QUE VIENEN¹

EDUARDO ENGEL²

ESPERANDO LA VACUNA

Mientras no exista acceso masivo a una vacuna no tendremos normalidad. Por mientras, tendremos que aprender a vivir con el virus presente, el deseo de retornar a la normalidad, el miedo a contagiarnos, la posibilidad de una segunda ola.

Con el objeto de evaluar cuándo tendremos vacunación masiva contra el Covid-19 en Chile, realicé una encuesta entre 43 expertos (respondieron 42). Estos se pueden dividir en tres grupos: miembros del Comité de Vacunas Covid-19, convocados por el gobierno (7); expertos en áreas diversas de la salud (epidemiólogos, infectólogos, salubristas, 17) y expertos del mundo de datos, bioestadística y políticas públicas (19)³. La encuesta fue realizada entre el 20 y 28 de julio de 2020.

¹ Este texto está basado en la Conferencia del mismo título, que dictara con ocasión de la Inauguración del año académico 2020 del Instituto de Chile, realizada el 29 de julio por vía telemática. Mi trabajo sobre la pandemia se ha beneficiado de conversaciones con muchos expertos, tanto nacionales como extranjeros, y del trabajo en equipo que hemos realizado en Espacio Público, preparando informes regulares (a la fecha van más de 60) sobre la evolución de la pandemia en Chile. En particular, agradezco a Camila Arroyo, Camila Gómez, Catalina Gómez, Diego Pardow y Pablo Simonetti por sus sugerencias y colaboración en una dinámica de trabajo que ha sido muy enriquecedora.

² Académico Correspondiente de la Academia Chilena de Ciencias, del Instituto de Chile.

³ Respondieron: Alejandra Fuentes-García, Alejandro Jara, Alejandro Jofré, Ana María Moraga, Carlos Pérez, Catterina Ferreccio, Cecilia Hidalgo, Claudia Cortés, Cristóbal Cuadrado, David Farcas, Diego Pardow, Eduardo Engel, Eduardo Undurraga, Fernando Quintana, Guillermo Cabrera, Guillermo Marshall, Héctor Ramírez, Jorge Pérez, Jorge Pérez-Acle, José Zubizarreta, Juan Pablo Torres, Leandro Carreño, Leonardo Basso, Marcelo Arenas, Marcelo Olivares, María Andrea Rodríguez, María Elena Santolaya, María Teresa Valenzuela, Mario Calvo, Mario Roseblatt, Mary Kalin, Mauricio Canals, Mauricio Lima, Miguel O'Ryan, Pablo Barceló, Pablo Simonetti, Pablo Valenzuela, Pedro Herskovic, Ricardo Baeza-Yates, Rosalba Lagos, Sergio Lavandero y Ximena Aguilera.

Las tres preguntas planteadas fueron:

Indique la probabilidad que asigna usted a que se haya iniciado un programa de vacunación masiva contra el coronavirus en Chile antes del

1. 31 de diciembre de 2020
2. 30 de junio de 2021
3. 31 de diciembre de 2021

Cada encuestado debía responder cada una de las preguntas anteriores indicando un porcentaje entre 0 y 100%, idealmente el segundo mayor que el primero y el tercero mayor que el segundo (ver De Finetti, 1937, para un marco conceptual que da coherencia a estas probabilidades subjetivas).

TABLA 1:
PROBABILIDADES PROMEDIO PARA LAS TRES PREGUNTAS

	Antes del 31/12/2020	Antes del 30/6/2021	Antes del 31/12/2021
Comité de Vacunas	1,7%	73,3%	96,7%
Expertos en salud	5,9%	41,1%	81,8%
Expertos en datos	4,0%	44,1%	77,4%
Todos	4,4%	46,6%	81,1%

La tabla 1 resume los resultados de la encuesta, indicando el promedio de las probabilidades para cada uno de los tres grupos de expertos y para todos los encuestados. Las principales conclusiones que se obtienen de la encuesta son las siguientes:

Primero, es muy improbable que tengamos vacunación masiva durante 2020, la probabilidad promedio para este evento es de solo un 4,4% y las diferencias entre grupos de expertos no son estadísticamente significativas.

Segundo, la probabilidad de que se haya iniciado un programa de vacunación masiva en Chile durante el primer semestre de 2021 es, en promedio, de 46,6%, y que este sea el caso antes de que finalice 2021 tiene una probabilidad promedio de 81,1%.

Tercero, para las dos probabilidades anteriores, los expertos en vacunas son más optimistas que los dos grupos restantes. En efecto, asignan una alta probabilidad promedio de 73,3% a que la vacunación masiva ya esté en marcha durante el primer semestre de 2021 y les parece casi seguro (probabilidad promedio de 97,7%) que tendremos vacuna antes de que termine el 2021. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos restantes de expertos (del mundo de la salud y del mundo de datos).

¿Por qué son más optimistas los expertos en vacunas? Una explicación posible es que saben algo que el resto no sabe. Esta explicación contradice lo que uno esperaría bajo expectativas racionales (Muth, 1961). Según esta teoría, que un grupo sepa más de un tema debiera traducirse en una menor variabilidad en las probabilidades que asigna, pero no en que el valor promedio de esas probabilidades sea significativamente distinto. Otra posibilidad es que los criterios para seleccionar los expertos de esta comisión, explícitos o implícitos, llevan a que queden sobre representados quienes son más optimistas respecto de cuándo tendremos vacunas.

¿SE PUEDE EVITAR LOS REBROTOS?⁴

Existe una creciente preocupación por una eventual segunda ola de la epidemia en varios países de Europa. Abundan los reportajes sobre alzas de contagios en varios países y se ha instalado la idea de que un rebrote en Chile, en los meses que vienen, sería prácticamente inevitable. Como los países sin rebrotes no son noticia, es probable que los países con una segunda ola de contagios estén sobrerrepresentados en las percepciones de las personas, lo que llevaría a creer que los rebrotes son más comunes que lo que realmente son. Esto podría alimentar un cierto fatalismo de que son inevitables, cuando existen países que los han evitado y otros que ni siquiera tuvieron una primera ola de contagios. Y este fatalismo puede llevar a no hacer todo lo posible por evitar rebrotes o, en caso de que sucedan, por mitigar su efecto.

⁴ Se han actualizado las cifras de esta sección, incorporando datos de contagios de las semanas transcurridas desde la conferencia al momento de ir a prensa.

Para determinar si las cifras indican que los rebrotes son más la regla que la excepción, realizamos un ejercicio para medir su frecuencia. Para realizar este análisis debemos definir un criterio que permita seleccionar los países a considerar. También se debe definir las cifras de contagios que se deben sobrepasar para hablar de una primera ola, cuánto deben bajar esos contagios para dar por concluida la primera ola y a qué valor deben ascender posteriormente para afirmar que hubo una segunda ola o rebrote.

Consideramos los países con al menos tres millones de habitantes y cuyos indicadores de gobernanza son buenos, de modo que se puede presumir que la calidad de sus estadísticas de contagios es confiable. Concretamente, incluimos los países con indicadores de efectividad de gobierno y control de la corrupción (ambos indicadores de gobernanza del Banco Mundial) sobre la media mundial (que por definición es cero) y tales que la suma de los dos indicadores es mayor que 0.8. Hay 33 países que cumplen con las condiciones anteriores, tres de ellos de América Latina: Costa Rica, Chile y Uruguay.

Diremos que hubo una primera ola de contagios cuando un país sobrepasa los 50 contagios diarios promedio por millón de habitantes en una semana, este umbral corresponde al nivel naranja en la señalética de iCOVID-Chile, iniciativa conjunta de las universidades de Chile, Católica y de Concepción, con la colaboración de los ministerios de Salud y Ciencias, la cual incluye rojo (sobre 100), naranja (entre 50 y 100), amarillo (entre 10 y 50) y verde (bajo 10). Diremos que la primera ola se logró controlar si los contagios diarios promedios en una semana caen bajo 10 y si hubo una segunda ola en la que vuelven a subir sobre 50. La última semana que consideramos es la del 14 al 20 de septiembre.

PANDEMIA EN CHILE: LOS DESAFÍOS QUE VIENEN

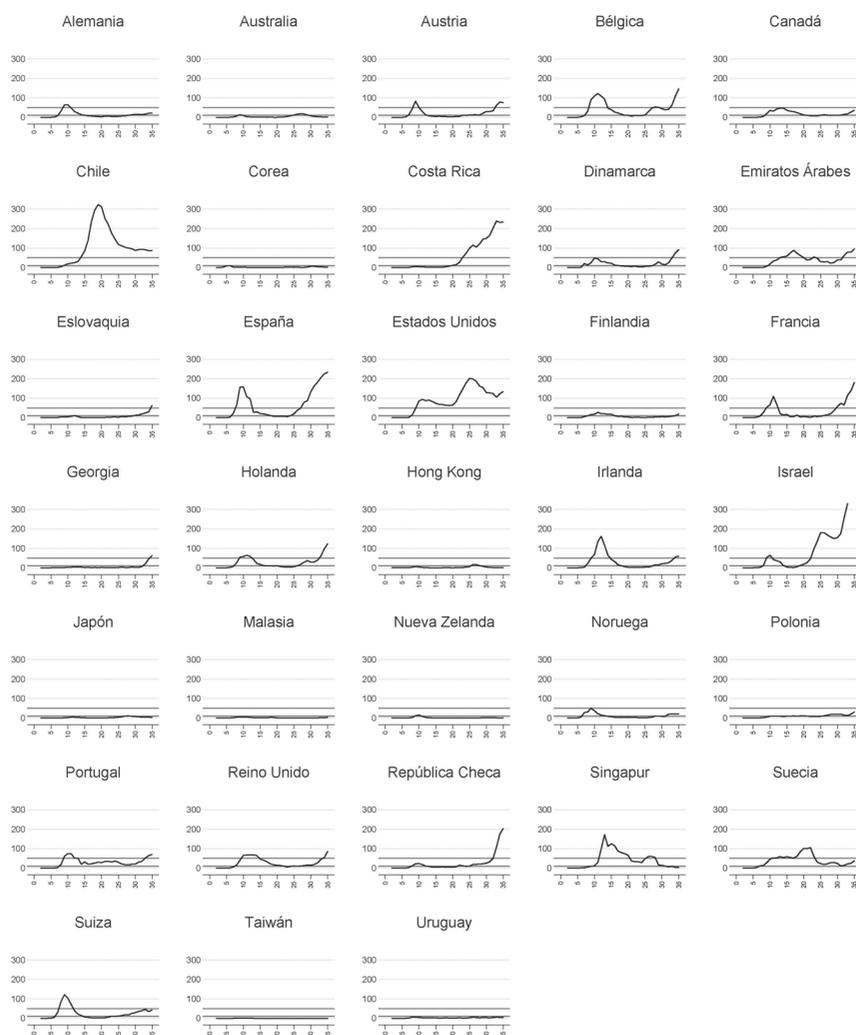


Figura 1. Contagios promedios semanales, semana del 27 de enero-2 de febrero al 21-27 de septiembre. Fuente: Elaboración propia con datos Johns Hopkins University

La figura 1 muestra la evolución del número de contagios diarios promedio por semana para los 33 países. La primera línea horizontal es el umbral que define un primer o segundo brote. La segunda línea horizontal es aquella que se debe alcanzar para dar por terminado un primer brote.

El manejo de la pandemia ha sido exitoso, hasta ahora al menos, en 14 de los 33 países considerados. Como ya se mencionó, se trata de aquellos países donde los contagios por semana no han llegado a los 50 diarios: Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Georgia, Hong Kong, Japón, Corea, Malasia, Nueva Zelanda, Polonia, Eslovaquia, Taiwán y Uruguay. Estos países son aquellos con curvas de contagios por debajo de la primera línea horizontal en las gráficas de la figura 1. Por ejemplo, en Malasia la cifra más alta de contagios diarios en una semana ha sido de tan solo cinco, en el caso de Japón llegan a 11.

Un segundo grupo de países no pudo evitar una primera ola, pero logró reducir los contagios bajo el umbral que permite afirmar que “controlaron” la pandemia, y además han evitado que los contagios vuelvan a subir hasta alcanzar los niveles que califican para una segunda ola o rebrote. Cuatro países pertenecen a este grupo: Alemania, Noruega, Singapur y Suiza. Por ejemplo, en el primer brote Alemania llegó a tener 65 contagios diarios por millón de habitantes en una semana, cifra que bajó a menos de 10 seis semanas más tarde y viene creciendo en semanas recientes, alcanzando 21 la última semana, todavía bastante por debajo de los valores que califican como una segunda ola.

Los restantes países pertenecen a una de dos categorías que tienen en común cifras altas de contagios en la actualidad. Un primer grupo tuvo una primera ola y no ha logrado reducir las cifras como para afirmar que dicha ola concluyó. Chile está entre estos países, habiendo alcanzado más de 300 contagios diarios por millón de habitantes en la peor semana, más de seis veces el umbral que define una primera ola. Dichas cifras han bajado bastante desde entonces, pero todavía son más de cuatro veces el valor que permite dar por concluida la primera ola. Además de Chile, este grupo incluye a Costa Rica, Dinamarca, Portugal, Suecia, Estados Unidos y Emiratos Árabes. Finalmente, tenemos ocho países que tuvieron una primera ola seguida de una reducción importante de contagios (llegaron a tener menos de 10 contagios diarios por millón por semana), seguida de un nuevo incremento de contagios que califica como una segunda ola. En este grupo están Austria, Bélgica, España, Francia, Irlanda, Israel, Países Bajos y Reino Unido.

Dos conclusiones emergen de este análisis. Primero, cuatro de los 12 países que tuvieron una primera ola, seguida de una reducción sus-

tancial de contagios, han logrado evitar una segunda ola o rebrote. La segunda conclusión, probablemente más robusta, es que 14 de los 33 países considerados no han tenido semana alguna con suficientes contagios para calificar como primera ola. Es decir, han logrado mantener los niveles de contagio relativamente bajos en todo lo que va de la pandemia.

¿TENSION ENTRE POLÍTICA SANITARIA Y POLÍTICA ECONÓMICA?

Algunos analistas y el discurso de varios gobiernos ponen al centro de las decisiones de política pública para enfrentar la pandemia una supuesta tensión entre controlar la pandemia con medidas que limitan las libertades de las personas y contener el deterioro de la economía. Tal como lo constata *The Economist* en su edición del 24 de septiembre de 2020, analistas de derecha aplauden a Suecia por haber permitido que el virus avance con poca contención, priorizando las libertades personales. Sin embargo, de acuerdo con la misma fuente, las cifras no acompañan las supuestas virtudes del enfoque sueco. Sus cifras de muertes por millón de habitantes son varias veces las de Dinamarca, Noruega y Finlandia, países de características similares. Y el deterioro de su producto *per cápita* también es mayor.

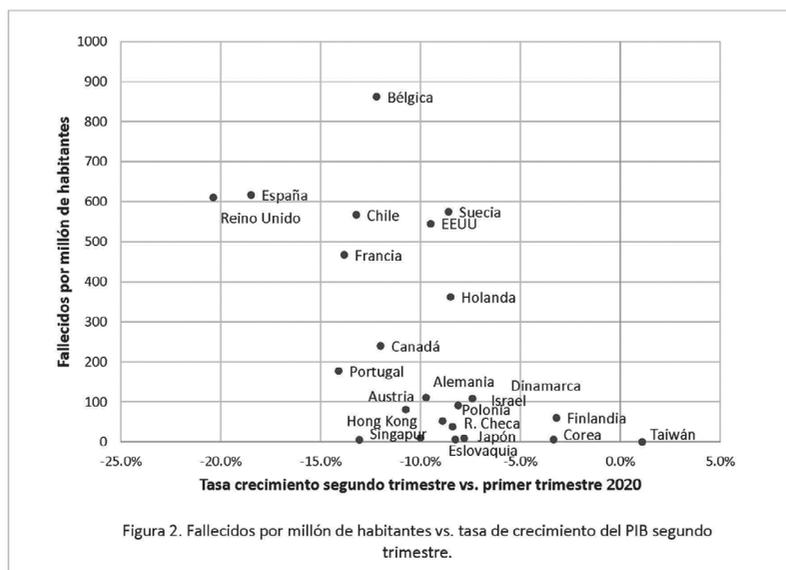


Figura 2. Fallecidos por millón de habitantes vs. tasa de crecimiento del PIB segundo trimestre.

La figura 2 compara decesos con crecimiento para 23 países. Esta figura fue publicada en el “Informe sobre la evolución de la epidemia de covid-19 en Chile”, el 24 de agosto, y fue sugerida por Rodrigo Valdés. Los países considerados son aquellos de la sección anterior para los cuales la información necesaria está disponible. La figura presenta los fallecimientos por millón de habitantes versus la tasa de crecimiento (o caída) del producto durante el segundo trimestre de 2020, comparado con el trimestre anterior, con datos desestacionalizados. Las observaciones hacia la derecha son de aquellos donde la economía sufrió menos, las que están más arriba son de aquellos con más fallecimientos. La figura indica que los países con un deterioro económico mayor también tuvieron un mayor número de fallecidos. Aunque la figura no establece causalidad, la correlación que muestra sugiere que las estrategias para manejar la pandemia se dividen entre aquellas que lo han hecho bien, tanto en términos sanitarios y económicos, y aquellas que lo han hecho mal. Entre los trabajos que establecen relaciones causales entre cuán agresivo es el manejo de una pandemia y el impacto sanitario y económico de las medidas adoptadas, destaca Correia et al. (2020), quienes concluyen que en ciudades de Estados Unidos donde se impusieron medidas sanitarias más estrictas para la gripe española de 1918, tanto el impacto económico como los fallecimientos fueron más bajos.

LOS DESAFÍOS QUE VIENEN PARA CHILE

Según la mayoría de los analistas, el proceso de desconfinamiento se inició antes de tiempo, ya que hubiese sido deseable que los niveles de contagios fueran más bajos y el sistema de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) estuviera más desarrollado antes de iniciar esta etapa. Las cifras de contagios para Chile presentadas en la sección sobre rebrotes avalan este diagnóstico.

La evolución de la epidemia ha sido disímil entre las regiones del país. Mientras en algunas el crecimiento de contagios se ha acelerado en semanas recientes, alcanzando además niveles alarmantes en el caso de Magallanes, en otras los contagios siguen estabilizados o bajan lentamente (v.g., Región Metropolitana). Al momento de ir a prensa con este artículo, no es posible aquilatar aun el impacto que pudo tener el feriado del 18 de septiembre sobre la dinámica de contagios.

Tener un buen sistema de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) sigue siendo el principal desafío mientras esperamos una vacuna. Ha habido avances importantes en meses recientes. Lo que suceda en las próximas semanas y meses permitirá determinar si estos avances fueron suficientes, pues veremos si el TTA es capaz de contener situaciones de crecimiento vertiginosos de contagios suficientemente rápido, como para evitar que estos alcancen niveles muy altos. Los indicadores de trazabilidad de iCOVID-Chile indican que, a pesar del progreso de semanas recientes, la trazabilidad todavía está en niveles que no son satisfactorios. También sigue pendiente tomar medidas que den incentivos para que personas con síntomas de COVID-19 no concurran al trabajo. Las regulaciones para las licencias médicas vigentes apuntan actualmente en la dirección opuesta, porque alguien con síntomas arriesga una reducción de sus ingresos (para detalles, ver el Informe de Espacio Público del 15 de septiembre).

En materia comunicacional, también ha habido mejoras en los últimos meses, pero analistas diversos consideran que sigue existiendo problemas significativos, los cuales se evidenciaron recientemente por el plan “Fondéate en tu casa”. Probablemente el énfasis en retomar la actividad económica lo más rápido posible se traduce en que no haya sido prioritario para el gobierno crear de una época que invite a actuar de manera responsable, cuidándose y cuidando a los demás.

La capacidad de testeo ha mejorado notablemente en meses recientes, pasando de 8.000 test PCR diarios a fines de abril a más de 30 mil a mediados de septiembre. Sin embargo, un estudio reciente de la comisión COVID-19 convocada por *The Lancet* (2020), sitúa a Chile en el lugar 64 de 88 en capacidad de testeo a fines de agosto, lo cual sugiere que también se debiera seguir avanzando en esta materia, por ejemplo, con el uso masivo de “*test pooling*” que permite hasta quintuplicar el número de test PCR que se hacen con los recursos existentes.

La prioridad, entonces, es seguir realizando esfuerzos para mantener niveles de contagio razonablemente bajos hasta que exista acceso masivo a una vacuna, probablemente en algún momento durante 2021.

BIBLIOGRAFÍA

- Correia, S., Luck, S. & Vener, E. (June 5, 2020). *Pandemics Depress the Economy, Public Health Interventions Do Not: Evidence from the 1918 Flu*. Recuperado de: <https://ssrn.com/abstract=3561560> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561560>.
- De Finetti, B. (1937). La prévision: ses lois logiques, ses sources subjectives., *Annales de l'institut Henri Poincaré*, 7(1), 1-68.
- Muth, J. F. (1961). Rational expectations and the theory of price movements. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 315-335.
- The Lancet Covid-19 Commission, Task Force Chairs, and Commission Secretariat. (September 14, 2020). *Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9).

ÍNDICE TEMÁTICO

A

abortos 92
aburrimiento 79, 224
agnóstico 236
aislamiento 16, 35, 64, 73, 77, 90, 93,
145, 188, 194, 198, 202, 221, 268,
288, 289
amenaza 99, 138, 139, 142, 145, 154,
179, 209, 210, 251, 252, 256
anarquía 140, 147, 254
anosmia 47, 57
anticoagulantes 47, 59
anticomunista 239
anticuerpos 39, 41, 55, 56, 59
antídoto 125, 250, 256
antisistémicos 147, 155
antisociales 16, 83
antiviral 41, 47, 58
aparato militar 252
argumentación 122
ARN 47, 48, 49, 50, 51, 52, 56
autoconocimiento 210, 217, 218
autoritarismo 103, 150, 162

B

bien 17, 22, 24, 27, 38, 47, 53, 55, 57,
61, 67, 77, 82, 85, 93, 98, 103,
104, 107, 112, 113, 117, 118, 119,
120, 121, 123, 125, 126, 127, 151,
157, 169, 177, 182, 188, 189, 191,
193, 198, 201, 210, 212, 218, 219,
221, 226, 229, 230, 240, 244, 245,
247, 254, 266, 276, 288

bienes de consumo 273
bioética 194
biología molecular 54
bosta de caballo 102
bosta de caballo 191, 195

C

camas críticas 64, 271
carbunco 228
cardiopatías 57
carrera armamentista 254
cascada inflamatoria 57
castigo 76, 209, 211, 212, 213, 215,
216, 217, 218, 234, 236, 254
catástrofe 25, 56, 77, 89, 90, 91, 99,
112, 114, 140, 141, 144, 151, 173,
189, 191, 192, 193, 206, 265
caza noticias 277
cefalea 57
célula 25, 31, 33, 36, 38, 39, 52, 54
ciencia lúgubre 134
ciencias 7, 15, 16, 19, 23, 24, 25, 117,
118, 119
científica 15, 23, 24, 31, 41, 45, 46, 53,
97, 107, 113, 154, 159, 175, 176,
183, 269, 275
cine 17, 165, 228, 233, 234, 235, 237,
238, 240, 241, 243, 244, 245, 247,
251, 253, 254, 256, 257, 258, 259,
260
citoplasma 52
citoquinas 31, 40, 54, 57

- ciudadanos 124, 128, 139, 144, 160,
196, 201, 210, 219
- Código Hays 245
- Código Penal 193, 205
- COL 156
- colaboración global 168
- colectivo 52, 132, 189, 234, 235, 251
- cólera 89, 99, 100, 101, 102, 103, 104,
105, 107, 108, 113, 114, 115, 170,
171, 173, 237, 238, 261, 267, 268
- Comité de Emergencias 174
- comorbilidades 31, 47, 57
- compromiso cardiopulmonar 57
- comunismo 139, 140, 143, 164
- confianza 16, 20, 75, 80, 86, 99, 105,
113, 159, 201, 206, 278
- confinamiento 73, 80, 263, 268, 275,
277
- confusión 78
- conjuros 220
- Conquista 91, 92, 93, 94, 99
- Constitución 130, 174, 188, 190, 192,
195, 199, 205, 207
- contagio 26, 34, 52, 75, 79, 81, 89, 93,
95, 104, 106, 193, 218, 219, 221,
222, 228, 233, 240, 245, 249, 251,
252, 253, 255, 257, 268, 271, 273,
287, 289
- contención afectiva 84
- cooperación 137, 145, 169, 170, 171,
174, 175, 176, 177, 178, 181, 182,
183, 184
- cordones sanitarios 100, 102, 103,
104, 114
- coronavirus 13, 31, 32, 34, 35, 36, 37,
38, 39, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 53,
62, 63, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77,
80, 82, 83, 86, 87, 137, 140, 142,
162, 164, 170, 187, 190, 193, 195,
196, 201, 203, 204, 229, 258, 264,
268, 272, 282
- corrupción 148, 150, 158, 159, 176,
220, 266, 284
- crisis 14, 32, 42, 47, 67, 101, 117, 124,
125, 126, 131, 140, 142, 152, 159,
160, 168, 169, 174, 175, 178, 181,
182, 184, 187, 189, 190, 201, 203,
205, 206, 207, 221, 239, 261, 262,
263, 269, 275, 276, 278
- crisis de legitimidad 189, 190
- crisis económica 117, 124, 262
- crisis sanitaria 14, 67, 124, 125, 239,
261, 263, 275, 278
- cuadro clínico 31, 32, 33, 34, 35, 37,
54, 55
- cuarentena 41, 58, 67, 73, 74, 75, 78,
79, 80, 82, 86, 104, 145, 171, 194,
195, 198, 202, 250, 258
- cuerpo 17, 22, 23, 25, 26, 30, 39, 93,
105, 106, 122, 137, 178, 182, 212,
222, 246, 248, 257
- curación 220, 230
- D**
- datos personales 195, 197, 273
- deliberación 121, 122, 160
- delincuentes 147
- democracia 13, 117, 126, 127, 128,
137, 138, 142, 143, 144, 146, 147,
149, 150, 151, 152, 153, 154, 155,
157, 162, 163, 164, 187, 191, 203,
204, 206, 217, 266
- democracia autoritaria 152
- democracia liberal 138, 142, 143
- demografía 223

- depresión 29, 50, 80, 81, 82, 83, 84, 85
- derecho 7, 129, 130, 160, 168, 169, 174, 178, 179, 180, 181, 186, 187, 194, 197, 198, 202, 203, 204, 277
- derecho humanitario 168
- derecho internacional 129, 178, 186
- derecho pospandemia 198
- derechos fundamentales 128, 129, 133, 187, 188, 191, 192, 193, 206
- derechos humanos 117, 129, 138, 158, 168, 169, 174, 177, 178, 179, 182, 278
- desafío ético 261
- descontento social 26
- desempleo 148, 201
- desgano vital 92
- desobediencia civil 147
- destino manifiesto 142, 143, 162
- destrucción 40, 210, 214, 227, 240, 241
- determinantes sociales 26, 28
- devenir 26, 193, 211
- diabetes 31, 35, 40, 57
- diagnóstico 28, 47, 54, 60, 64, 73, 77, 82, 83, 187, 268, 269, 277, 288
- diarrea 101
- dictaduras 143, 144, 150, 151, 154, 157
- dieta alimenticia 93, 109
- dilema ético 121, 270
- diseminación 252, 258
- disentería 98, 108
- distanciamiento físico 48, 269
- distanciamiento social 73, 74, 77, 78
- distrés 81
- divinidad 120, 212, 217
- dolor 23, 94, 212, 213, 214, 220, 226, 229, 235
- E**
- economía 92, 123, 134, 146, 161, 181, 264, 268, 277, 287, 288
- efecto citotóxico 39
- encefalitis 48
- enfermedad 22, 23, 24, 25, 29, 31, 32, 34, 39, 41, 47, 48, 57, 59, 63, 77, 78, 79, 81, 82, 94, 95, 98, 99, 101, 107, 108, 109, 119, 124, 125, 126, 131, 132, 168, 175, 209, 213, 214, 219, 221, 222, 225, 229, 233, 234, 235, 238, 240, 242, 243, 244, 249, 250, 251, 252, 256, 257, 258, 267, 268
- enfermo 24, 58, 99, 101, 221, 239, 258
- ensalmos 220
- epidemiológico 47, 53, 66
- escatológico 234
- esclavitud negra 92, 115
- esclavos negros 112
- escorbuto 97
- Estado 67, 86, 89, 102, 103, 105, 107, 113, 129, 130, 139, 146, 147, 152, 153, 154, 158, 159, 160, 169, 173, 174, 176, 179, 180, 181, 191, 192, 200, 201, 207, 239, 262, 267
- estado de alerta sanitaria 192
- estado de ánimo deprimido 78, 81
- estallido social 141, 188, 190, 192, 205, 278
- estigma 79
- estornudo 52
- estrés 73, 74, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 197

estrés postraumático 78, 80, 82
 estructura viral 56
 estudiantes 79, 83, 103, 141, 147, 153,
 155, 163
 eterno retorno 209, 210, 211
 ética 15, 17, 117, 118, 119, 120, 121,
 123, 124, 126, 128, 263, 275, 276,
 279
 ética aplicada 117
 eventos vitales 28
 exilio 154, 161
 expresionismo 240, 241, 243
 extremismo ideológico 139, 141

F

Facebook 156, 203, 204
 factores de riesgo 31, 35, 36, 58
 fake news 202, 204, 205, 207, 266, 276
 fatiga 78, 81, 215
 fiebres palúdicas 97
 filosofía 117, 118, 119, 230, 231, 277
 fin de la historia 138, 143
 flagelo 101, 102, 103, 104, 105, 109,
 145
 formación ciudadana 217
 fraternidad 117, 132, 133, 134
 frustración 79
 fundamentalismo islámico 138

G

genético 33, 34, 35, 121
 genoma 34, 49, 50, 51, 52, 175
 georeferencia 196
 globalización 114, 137, 139, 143, 144,
 167, 194, 200
 gobernanza 191, 206, 284

gripe 34, 93, 107, 175, 223, 225, 229,
 255, 258, 261, 267, 288
 guerra 48, 73, 75, 106, 108, 126, 138,
 140, 141, 142, 145, 146, 214, 217,
 218, 219, 224, 227, 228, 231, 238,
 248, 250, 254, 255, 256, 257

H

hacinamiento 218
 hambre 102, 104, 214
 hemorragia cerebral 78
 hermenéutica 13, 21, 25, 26, 27, 28,
 29, 30
 higiene 80, 90, 98, 102, 104, 106, 107,
 109, 113, 115
 hipoxemia 57, 58
 historiografía 240
 holísticas 28
 hospitalización 33, 36, 58
 humanidad 19, 25, 47, 90, 132, 140,
 143, 144, 146, 163, 167, 170, 177,
 184, 230, 253, 254, 256, 259, 265

I

ideación suicida 82
 ignorancia 98, 99, 158, 221
 igualdad 117, 122, 131, 132, 133, 134,
 180, 199
 imaginación audiovisual 234
 impulsividad 82
 incubación 52
 indígenas 90, 91, 92, 93, 112, 176
 individual 22, 52, 120, 132, 233, 234,
 235, 247
 inducción inmunitaria 56
 infección 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40,
 41, 48, 50, 54, 55, 56, 60, 64, 67,
 103, 213, 222, 227, 244, 266

- infertilidad 254
- influenza 32, 48, 49, 53, 59, 60, 63,
78, 89, 93, 94, 102, 106, 107, 108,
109, 110, 111, 113, 114, 115, 173,
222, 239
- influjos astrológicos 220
- inmunidad 41, 47, 48, 55, 56, 60, 63,
64, 255
- inmunidad de rebaño 41, 56, 63
- insomnio 73, 74, 78, 81, 82, 83, 84
- Instagram 156
- intelectuales 132, 138, 144, 151, 159,
230, 254
- inteligencia artificial 122, 195, 196,
198
- interdisciplinar 29
- Internet 195, 202, 207, 266, 278
- invasión ultraterrestre 254
- ira 82, 96, 197, 288
- irritabilidad 78, 81
- J**
- jurisprudencia 180, 203, 204
- L**
- lazareto 105
- lenguaje 16, 105, 119, 124, 125, 126,
218, 222
- letalidad 47, 50, 57, 58, 59, 61, 67
- libertad 14, 103, 117, 127, 128, 131,
132, 133, 134, 196, 203, 204, 205,
248, 261, 274
- licor de Hoffman 101
- literatura 181, 228, 235, 238, 247
- llave-cerradura 36, 37, 38, 39
- M**
- matlazahuatl 94
- matrimonio 80
- medicina 16, 19, 21, 23, 28, 29, 30, 83,
89, 96, 102, 103, 105, 107, 113,
114, 123, 220, 222
- medicina hipocrática 220, 222
- medios de comunicación 73, 74, 79,
80, 108, 124, 125, 147, 203, 204,
206, 263, 268, 274, 275
- meningitis 78
- metaética 117, 119, 121
- metafísico 235
- mialgias 57
- microbios 102, 227
- militares 75, 86, 147, 152, 157, 158,
159, 160, 161, 163, 192, 228, 249,
250, 258
- modernidad globalizada 258
- modernización 97
- moral 17, 117, 119, 120, 121, 122, 123,
126, 127, 207, 234, 246, 248
- mortalidad 34, 38, 57, 74, 90, 92, 97,
98, 99, 107, 109, 110, 111, 115,
252
- multidisciplinar 29
- mundo 15, 22, 48, 49, 61, 62, 63, 65,
66, 73, 75, 93, 124, 125, 133, 138,
140, 142, 143, 145, 146, 149, 151,
161, 163, 165, 168, 170, 175, 186,
194, 195, 197, 198, 200, 201, 205,
210, 212, 213, 214, 215, 216, 217,
221, 227, 231, 237, 245, 251, 253,
254, 256, 262, 265, 266, 268, 270,
273, 275, 281, 283
- murciélago 34, 49
- mutaciones 34, 35, 47, 50, 53, 256

- N**
- Naturaleza 23
- neumonía 32, 48, 57, 58, 78, 111, 264
- neurociencias 117, 118, 122
- neuroderechos 196, 197
- neuroética 122
- novela romántica 242
- nueva normalidad 265
- O**
- obesidad 31, 35, 40, 57, 126
- odinofagia 57
- OM 138, 139, 142, 143, 146, 162, 163
- ontología 117, 118, 119
- oraciones 96, 220
- ordenamiento jurídico 187, 193, 199
- orden mundial 13, 19, 137, 138
- oxigenoterapia 47, 52
- P**
- pacientes 35, 38, 41, 45, 52, 57, 58,
59, 68, 72, 73, 77, 78, 79, 80, 81,
82, 83, 84, 96, 99, 106, 190, 269,
270, 271
- países en desarrollo 145, 176
- pandemia económica 124, 125
- pandemia social 124, 125
- panencefalitis 78
- pansexual 244
- parásitos 31, 33
- partidos políticos 127, 144, 145, 148,
149, 152, 154, 160, 164
- PCR 37, 47, 54, 55, 64, 271, 289
- periodismo 16, 19, 123, 204, 260, 261,
263, 266, 274, 276, 277, 278, 279
- periodistas 123, 262, 263, 276, 277, 278
- personas vulnerables 176
- perspectiva sindémica 27, 30
- peste 76, 90, 95, 113, 171, 173, 210,
211, 212, 213, 214, 216, 217, 218,
220, 221, 222, 223, 224, 230, 235,
236, 238, 239, 241, 242, 243, 246
- Peste Negra 90, 92, 112, 236, 237
- plagas 99, 210, 213, 216, 234, 254
- planetario 124, 138, 225
- plan retorno 265
- plataforma digital 262
- pluralismo 157, 274, 275
- pobreza 28, 97, 148, 167, 191
- poliproteína 50, 52
- populismo 152, 238
- pornografía 246
- posmodernismo 233
- pospandemia 14, 117, 132, 147, 161,
187, 191, 196, 198, 204
- postraumático 73, 78, 80, 82
- prevención 46, 73, 77, 80, 105, 168,
175, 176, 177, 181, 182, 184, 187,
191, 220, 267, 274
- primera línea 73, 79, 83, 84, 176, 237,
250, 285, 286
- proteínas 31, 33, 36, 38, 47, 50, 51,
52, 56
- protesta 144, 155
- pruebas serológicas 56
- psicoanálisis 26, 76
- R**
- racionalidad 24, 26, 28
- razón 24, 26, 97, 100, 127, 128, 144,
200, 216, 219, 278
- realismo 141, 235

- redes sociales 16, 79, 80, 81, 82, 149, 152, 156, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 261, 266, 276
- reinfección 41, 55
- reingeniería 137, 153, 162, 163
- relaciones incestuosas 246
- revolución 139, 141, 143, 153, 194, 237
- romanticismo 140, 233, 235, 237, 240
- rubéola 48
- S**
- saber científico 221
- salud 13, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 48, 52, 55, 67, 73, 74, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 89, 96, 97, 103, 105, 107, 109, 113, 118, 119, 123, 126, 130, 131, 137, 167, 168, 171, 174, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 189, 193, 205, 216, 222, 223, 231, 266, 267, 268, 270, 271, 274, 281, 282, 283
- salud mental 16, 73, 74, 77, 80, 81, 84, 85, 130, 131, 274
- salvarsán 238
- sarampión 48, 93, 98, 229
- SARS-CoV-2 13, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 50, 51, 52, 55, 60, 65, 68, 69, 70, 71, 175
- sensacionalismo 274, 275, 276
- sífilis 98, 99, 107, 238
- sindemia 13, 17, 21, 25, 26
- sociedad 15, 16, 20, 22, 26, 29, 33, 96, 97, 99, 112, 114, 117, 128, 131, 134, 139, 149, 168, 169, 174, 175, 176, 179, 183, 184, 188, 189, 190, 191, 199, 204, 205, 206, 229, 240, 243, 247, 262, 263, 276, 277, 278
- sociedad colonial 96, 97, 112, 114
- sociopolítica 236
- soledad 16, 73, 235
- solidaridad 16, 75, 86, 97, 117, 134, 197, 198, 230
- suicidios colectivos 92
- superstición 220
- T**
- tabardillo 94
- teleterapias 73, 80
- teletrabajo 82, 198, 199
- terremotos 140, 192, 220, 267
- terror 75, 105, 142, 163, 209, 216, 233, 235, 243, 245, 250, 255, 257, 260
- terroristas 163
- tífus 93, 94, 107, 108, 113, 173, 219, 267
- tipo sanguíneo 35
- tos 52, 57, 220, 221
- transdisciplinar 15, 17, 29
- transmisibilidad 35, 39, 47, 52, 53, 55
- transmisión zoonótica 50
- trastorno 21, 23, 24, 25, 26, 29, 78, 80, 82
- trastorno de estrés postraumático 78, 80, 82
- trazabilidad 74, 85, 189, 264, 271, 273, 274, 288, 289
- Tribunal Constitucional 193, 208
- tromboinflamación 40
- Troya 33, 214, 224
- tuberculosis 98, 99, 107, 111, 267
- Twitter 156, 203, 204, 207, 262

- U
- ultraderecha 154
- universidad 45, 72, 135, 153, 154, 222
- V
- vacuna 15, 33, 41, 48, 49, 56, 60, 99,
104, 125, 145, 147, 195, 226, 252,
254, 269, 272, 281, 283, 289
- vampiro 233, 240, 241, 242, 243, 245,
246, 247, 249
- ventilación mecánica 33, 58, 59
- veracidad 278
- verdad 22, 86, 126, 127, 155, 213, 221,
234, 253, 278
- vigilancia 49, 58, 64, 104, 173, 174,
264, 268
- VIH 35, 36, 49, 72, 170, 180, 181, 239,
257, 258
- virtud 23, 122, 129, 151, 157, 164, 202
- virtudes morales 122
- viruela 48, 89, 93, 94, 97, 99, 107, 113,
173, 222, 226, 228, 229, 239, 257
- virus 15, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36,
37, 38, 39, 40, 41, 47, 48, 49, 50, 51,
52, 53, 54, 55, 56, 59, 61, 63, 64, 65,
73, 75, 77, 93, 106, 122, 124, 144,
145, 162, 170, 173, 175, 205, 225,
228, 229, 234, 239, 250, 252, 254,
255, 256, 258, 264, 265, 281, 287
- vómitos 95, 101, 221
- vulnerabilidad sindémica 28
- vulnerable 91, 131
- W
- Whatsapps 156
- Y
- Youtube 156, 203, 204
- Z
- zombie 233, 247, 248, 249, 251, 252, 253

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A

Abu, Aashiq 239
Adhanom, Tedros 265
Allende, Salvador 157
Anouilh, Jean 236
Asamblea General de la ONU 169,
182

B

Balderston, John L. 243
Balmaceda, José Manuel 102, 103,
104, 107
Balmaceda, José Manuel 102
Beckett, Samuel 71, 135
Bello, Andrés 100
Bergman, Ingmar 236
Berlin, Isaiah 133
Bernhardt, Curtis 237
bin Laden, Osama 228
Blystone, John G. 254
Bobbio, Norberto 17, 127
Bobbio, Norberto 127
Boccardo, Horacio 109
Böcklin, Arnold 248
Boeninger, Edgardo 153
Boleslawski, Richard 237
Bolsonaro, Jair 161
Bordaberry, Juan María 157, 161
Borgoño, José Manuel 109, 115
Boyle, Danny 252
Brockmann, Mauricio 108

Browning, Tod 243, 244, 245
Brzezinski, Zbigniew 138, 139, 164
Buñuel, Luis 236

C

Calmet, Dom 242
Cameron Menzies, William 254
Camus, Albert 210, 211, 212, 213, 230,
235
Carpenter, John 255
Carrera, Josefina 100, 101, 103, 105,
114
Cavieres, Eduardo 95, 96, 99, 114
Cazals, Felipe 238
Centers for Disease Control and
Prevention 258
Chaney, Lon 243
Chávez, Hugo 161
Cloche, Maurice 236
Conferencia Sanitaria Internacional
171
Corman, Roger 34, 235
Correa, Enrique 268
Cortés, Hernán 91, 93
Crawford, Joan 237
Cronenberg, David 256, 257
Cuarón, Alfonso 254
Cuauhtémoc 93

D

da Vinci, Leonardo 227
Deane, Hamilton 243

DEIS 58
 de las Casas, Bartolomé 90
 de Lobera, Mariño 92, 114
 Demme, Jonathan 239
 Dierssen, Mara 197
 Dowdle, John Erick 258

E

Eisner, Lotte 240
 Enlai, Zou 139
 Espinoza, Hernán 262
 Esquilo 215

F

Fisher, Terence 245, 246
 Ford Coppola, Francis 246, 259
 Ford, John 238
 Forster, Marc 253
 Fresnadillo, Juan Carlos 252
 Freund, Karl 243, 244
 Fujimori, Alberto 161
 Fukasuku, Kinji 256
 Fukuyama, Francis 138, 143
 Fuller, León 189, 207

G

Gadamer, Georg 22, 30
 Garbo, Greta 237
 García Márquez, Gabriel 238
 Gates, Bill 156
 Gilliam, Terry 256
 Gilling, John 248
 Giono, Jean 238
 Glantz, Margo 242, 259
 Gloria Swanson 237

Gómez Millas, Juan 153
 Góngora, Álvaro 11, 100, 101, 105,
 114
 González, Eugenio 153
 Gorbachov, Mijail 138, 140
 Graunt, John 223

H

Haas, Hugo 254
 Halperin, Victor 248
 Harvey, David 77, 86
 Hayworth, Rita 237
 Hermet, Guy 151
 Hernández, Juvenal 153
 Hesíodo 214, 215, 230
 Hipócrates 221, 222
 Hoffman, Michel 237
 Homero 213, 214, 219, 226, 230
 Huntington, Samuel 138
 Hutchins, Robert M. 277
 Huxley, Aldous 197

I

Instituto Bacteriológico 104

J

Jiménez, Jorge 268
 Jinping, Xi 144

K

Kazan, Elia 239
 Kerenski, Aleksánder 141
 King, Stephen 257
 Kissinger, Henry 139, 141, 142, 164
 Kosselleck, Reinhard 26
 Kracauer, Siegfried 240

L

Laín Entralgo, Pedro 223, 230
 Lang, Fritz 243
 Latour, Bruno 249
 Lautaro 94
 Lewis, Sinclair 238
 Luce, Henry 277
 Lugones, Leopoldo 151
 Lugosi, Bela 243, 245

M

Maduro, Nicolás 161
 Mann, Thomas 235
 Manríquez, Juan Carlos 195, 207
 Maquiavelo 157, 160
 Maritain, Jacques 188, 207
 Marker, Chris 256
 Markovic, Goran 239
 Marras, Sergio 132
 Martínez-Bascañán, Máriam 202, 207
 Matheson, Richard 249
 Meirelles, Fernando 257
 Melford, George 244
 Mellafe, Rolando 92, 115
 Milestone, Lewis 237
 Ministerio del Interior y Seguridad Pública 189, 191
 Ministerio de Salud 58, 65, 74, 192, 203, 264, 270, 273
 Minnelli, Vincente 237
 Moctezuma 93
 Morales, Evo 161
 Morandé, Pedro 93
 Morin, Edgar 224, 225, 226, 230
 Murase, Shinya 181, 183, 185

Murillo, Adolfo 98, 101

Murnau, Friedrich Wilhelm 240, 241, 242, 243

N

Neame, Ronald 237
 Newell, Mike 238
 Newton, Isaac 223, 224, 230
 Nixon, Richard 139, 141, 164

O

Oficina Internacional de Higiene Pública 171
 Oficina Sanitaria Panamericana 115, 171
 OMS 22, 31, 32, 47, 49, 60, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 175, 181, 183, 263, 264, 265
 OPS 72, 171
 Organización Mundial de la Salud 31, 32, 49, 111, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 175, 205, 257, 263, 264
 Orwell, George 256
 Osler, William 30
 Otto, Walter 212, 231

P

Parker, Eleanor 237
 Paz, Octavio 132
 Peña 189
 Peña, Carlos 188, 189, 207
 Pericles 218, 219, 220
 Platón 215, 222, 223, 231
 PNUD 263
 Poe, Edgar Allan 235
 Polanski, Roman 246
 Polidori, John William 242

- Popper, Karl 151
 Puenzo, Luis 236
 Puga Borne, Federico 104, 115
 Putin, Vladimir 139
- R**
- Radford, Michael 256
 Rappeneau, Jean Paul 238
 Raxter, Lena 185
 Reagan, Ronald 250
 Rieux, Bernard 211, 213
 Ristori 112
 Ristori, Conrado 109, 111, 112, 115
 Robson, Mark 248
 Rocher, Dominique 253
 Rollin, Jean 246
 Romero, George A. 249, 250, 251
- S**
- Sagredo, Rafael 97, 100, 102, 105, 113
 Salazar, Manuel 267
 Saramago, José 257
 Scott, Ridley 255
 Sforza, Ludovico 227
 Sharp, Don 246
 Siegel, Don 255
 Silva Bascuñán, Alejandro 188, 207
 Silva Cimma, Enrique 160
 Singer, Merrill 27, 30
 Snyder, Timothy 149, 164
 Snyder, Zack 251
 Sociedad Médica de Chile 108
 Soderbegh, Steven 258
 Sófocles 75, 76, 77, 87, 217, 218, 219
- Somerset Maugham, William 237
 Spielberg, Steven 255
 Stoker, Bram 241, 242, 243, 246, 247, 259
 Stukeley, William 224
 Swanson, Gloria 237
- T**
- Thant, U. 163
 Tocornal, Enrique 103
 Tourneur, Jacques 248
 Tovar, Lupita 244
 Trump, Donald 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 158, 162, 272
- V**
- Visconti, Luchino 236
 Vizcarra, Martín 161
 von Metternich, Heinrich 142
- W**
- Walsh, Raoul 237
 Wark Griffith, David 243
 Watts, Naomi 237
 Weber, Max 155
 Weil, Simone 151, 152, 164
 Wells, Herbert G. 141
 Wells, H. G. 255
 WHO 32, 34, 44, 61, 62, 68, 71, 171, 173, 174, 185, 257
 Wilde, Oscar 151
 Williams, Tod 257
 Wilson, Woodrow 140
 Wise, Robert 256
 Wood, Robin 249, 250, 260
 Wyler, William 238

ÍNDICE ONOMÁSTICO

X

Xiaoping, Deng 139

Y

Yeon, Sang-ho 252, 253

Yuste, Rafael 196, 197, 208

Z

Zedong, Mao 139

Žižek, Slavoj 229

Zuckerberg, Mark 156

Zweig, Stephan 140

