

Watts, Sheldon

Epidemias y Poder

Editorial Andrés Bello.
Barcelona. 2000

¡El Cairo y la peste! Durante toda mi estancia, la peste se enseñoreó tanto de la ciudad, y estaba tan presente en cada calle y callejón, que ahora no puedo disociar ambas ideas [...] Los orientales, sin embargo, manifiestan una fortaleza más serena que los europeos ante aflicciones de esta suerte [En las ciudades de los muertos] levantaban tiendas y colgaban columpios para diversión de los niños. ¡Un siniestro recreo! Pero los mahometanos [...] se enorgullecen de seguir impasiblemente sus antiguas costumbres a la sombra de la muerte.

Alexander Kinglake, *Eothen* (1835)¹

Viviendo y escribiendo en El Cairo islámico ciento sesenta años después de que el autor de *Eothen* observó la ciudad en tiempos de peste, me asombra la persistente integridad de la cultura egipcia cuando enfrenta crisis de vida o muerte. También soy consciente de que el imperialismo cultural promovido por Kinglake dista de haber fenecido. Por ejemplo, uno de los periódicos londinenses serios que se podían adquirir en las calles de El Cairo revelaba que un panel de Naciones Unidas sobre cambios climáticos estimaba que un individuo del Tercer Mundo valía en dinero sólo una quinceava parte de lo que valen las personas de Europa occidental o América del Norte.²

Una de las primeras preguntas que plantea un estudio de historia comparada acerca de las relaciones de poder y el impacto de las enfermedades epidémicas concierne al papel desempeñado por los médicos educados en la universidad. ¿Siempre han cumplido las mismas funciones que hoy? La respuesta es un contundente no. Hasta principios del siglo veinte y la “medicalización”



El profesor Robert Koch. Grabado de P. Naumann para el *London Illustrated News*, 29 de noviembre de 1890, p. 688.

de Occidente, la mayoría de los europeos enfermos que no pertenecían a los estratos altos o medios acudía a su familia para la atención de salud. Si la situación se agravaba, podían llamar al curandero de la aldea y quizá suplementarlo con curaciones recomendadas por buhoneros. Aparte del coste económico y las consideraciones de estatus, los europeos comunes recurrían poco a los médicos porque los juzgaban incapaces de curar enfermedades graves.

Siguiendo lineamientos establecidos por Galeno (131-c.201) y Avicena (Ibn Sina en árabe, m. 1037), los médicos mismos consi-

deraban que su tarea consistía en ofrecer a los pacientes técnicas personalizadas para impedir la mala salud. Cuando un paciente que había seguido un régimen recetado por el médico sufría una enfermedad grave, la función del médico consistía en crear una impresión de atención mediante placebos, baños, sangrías y recomendaciones dietéticas. El médico (en masculino: antes del siglo diecinueve, una mujer médica habría sido una contradicción) sabía muy bien que él no podía curar la enfermedad.³

Para nuestro enfoque, la medicina moderna comienza con el trabajo del científico prusiano Robert Koch (1843-1910). Koch descubrió el diminuto organismo viviente (vibrión) que causa el cólera mientras residía en Alejandría en 1883 y confirmó su hallazgo en Calcuta en 1884; dos años antes había descubierto el agente causal de la tuberculosis.⁴ Pero pasaría un tiempo hasta que las radicales ideas de Koch gozaran de aceptación general e influyeran sobre la terapéutica. Los doctores formados en las verdades científicas de la Gran Tradición sostenían que la mayoría de las enfermedades eran causadas por miasmas, por una forma de vida indisciplinada o por cualquier otra cosa, nunca por organismos *vivientes*. No estaban dispuestos a desistir de sus creencias vetustas para asimilar las ideas de Koch. Sólo cuando ellos se retiraron, los hombres más jóvenes formados en el nuevo paradigma pasaron a primer plano.⁵

Los años de transición (aproximadamente 1880-1930) que condujeron a la plena medicalización de Occidente (la aceptación, por parte de los legos, de que los médicos constituían la primera línea de defensa contra las enfermedades) coincidieron con la gran época del imperialismo europeo y norteamericano; ambos fenómenos están relacionados. De las luchas por Africa, las luchas por China y la conquista estadounidense del viejo imperio español del Caribe y del Pacífico surgió la nueva disciplina de la medicina tropical. Desde sus inicios, la medicina tropical fue un instrumento imperial destinado a posibilitar que las "razas" blancas habitaran, o por lo menos explotaran, todas las zonas del globo. Este nuevo papel hallaba su justificación en las ideas concebidas por Herbert Spencer y luego incorporadas a la divulgación de los seminales trabajos de Charles Darwin sobre la evolución. El mensaje del darwinismo social, tal como se interpretaba comúnmente, era que los europeos estaban en la cima de la cadena evolutiva y tenían derecho a dominar al resto de la humanidad.⁶

Pero, como sabemos, lo único nuevo de estos asertos era que contaban con el respaldo de la ciencia; el fenómeno del imperalismo europeo tiene unos quinientos años. Los primeros pasos de Europa hacia la dominación mundial los dieron portugueses y españoles en el siglo quince, y en los doscientos años posteriores les siguieron holandeses, franceses e ingleses. A mediados del siglo diecisiete, en el marco de una auténtica economía global que afectaba a todos los continentes habitables excepto Australia, nació el consumismo de masas. Este fenómeno formaba parte de un plan más amplio, el *Desarrollo*, gestionado por agentes que vivían en las capitales económicas de Europa: Génova, Lisboa y Amberes, y luego Amsterdam y Londres.

El Desarrollo, para nuestros propósitos una fuerza motriz decisiva en el mundo moderno, podía cobrar múltiples formas. La mayoría requería cuatro elementos: (1) tierra fértil, semillas, bosques, minerales y otras *materias primas* que se pudieran convertir en productos (algunos de ellos totalmente nuevos) destinados al consumidor; (2) *mano de obra* para efectuar esta conversión, con trabajadores que podían funcionar como consumidores o no, según lo que permitieran sus dueños o patrones; (3) *crédito* e instituciones crediticias para afrontar el coste de reunir en el mismo sitio la materia prima y la mano de obra necesaria para convertirla en un producto vendible y llevarla al mercado que ofreciera las mayores ganancias; y (4) *consumidores* que, al dar efectivo, pagarés o la promesa verbal de pagar, convertían el producto terminado en oro o plata, los valores que respaldaban el crédito europeo antes de 1930. Hasta fines del siglo diecinueve (cuando la industria de alta tecnología finalmente prevaleció), la naturaleza de los productos terminados —hechos a mano, a máquina o con una combinación de ambas cosas— no tenía importancia. Lo importante era que los agentes europeos del Desarrollo mantuvieran estos procesos en marcha y tuvieran bajo su influencia a cada vez más personas en el mundo.⁷

Una de las consecuencias no deseadas del Desarrollo fue la creación de redes de pestilencia que, al igual que la red comercial instalada primero por los portugueses, se propagaron por el mundo. Antes del decisivo cruce del Atlántico por Colón en 1492, ninguna de las enfermedades tratadas en este libro —peste bubónica, lepra, viruela, cólera, malaria, fiebre amarilla o sífilis venérea (a diferencia del pian)— existía en el Nuevo Mundo. Se considera que esta feliz condición es resultado de dos sucesos. El primero

fue la migración terrestre de pueblos protoasiáticos por lo que hoy es el estrecho de Bering, hace 40 mil años; la elevación del mar cerró esta ruta 30 mil años después. Estos colonos formaron el núcleo genético de la población del Nuevo Mundo precolombino. El segundo fue la evolución de las enfermedades modernas, que ocurrió en el Viejo Mundo *después* de la partida de esos emigrantes.³

La teoría —basada en la idea europea de que su propio pasado establece reglas aplicables siempre y en todas partes— sostiene que las enfermedades epidémicas que tratamos aquí requerían, para evolucionar, grandes poblaciones de gente sedentaria. En el Viejo Mundo, la agricultura sedentaria se asentó como distinta de la actividad cazadora-recolectora entre el 10.000 a.C. (en Asia) y el 9.000 a.C. (en Egipto y el Creciente Fértil). Esta cronología concuerda muy bien con cronologías que plantean la evolución y la aparición de las enfermedades del Viejo Mundo. Sin embargo, la teoría no explica por qué éstas no se desarrollaron en el Nuevo Mundo, a excepción de la tuberculosis. En el hemisferio occidental, sobre todo en Mesoamérica, existían desde el 500 a.C. grandes mercados y populosas ciudades, muchas con más de 50 mil habitantes.

La evolución de organismos microscópicos capaces de causar enfermedades epidémicas en la masa terrestre eurasiática varios miles de años *después* de la partida de los ancestros de los americanos nativos* significó que los descendientes de éstos no tuvieron ocasión ni necesidad de desarrollar inmunidad. Las consecuencias fueron catastróficas, sobre todo en el caso de la viruela. Apenas doce años después de la muerte de Colón, en todas las regiones del Nuevo Mundo invadidas por los europeos y su contagio, al cabo de una generación nueve de cada diez americanos nativos eran eliminados por la viruela (u otras enfermedades fatales que parecían semejantes) antes de que pudieran dejar descendencia.

Pero, para los agentes europeos del Desarrollo, resueltos a obtener la máxima ganancia de las minas de oro y plata del Nuevo

* Usamos "americano nativo" para traducir la expresión *Native American*, que designa a los amerindios o integrantes de los pueblos aborígenes de las Américas. *Native American* pretende evitar los estereotipos ofensivos al tiempo que corrige la errónea denominación de Colón, "indios", y evita una confusión entre los aborígenes de América y los habitantes de la India. (*N. del T.*)

Mundo, la destrucción de americanos nativos no representaba una gran pérdida. La tecnología naval portuguesa (pronto superada por la holandesa y la inglesa) y las bases portuguesas en África y Asia facilitaban la importación de esclavos africanos para trabajar en las minas americanas. Al cabo de pocas décadas de contacto europeo, el holocausto de la viruela (junto con el sarampión y el tifus) se combinó con la codicia blanca y otras conductas humanas para transformar totalmente la composición étnica del Nuevo Mundo.⁹

En toda sociedad, tratárase de Europa, de una región no europea sometida a la transformación del Desarrollo o de una colonia europea propiamente dicha, una epidemia influía sobre la relación de poder entre la minoría dominante y la mayoría dominante. Obviamente, eran los gobernantes quienes determinaban la respuesta oficial a la enfermedad (a veces con asesoramiento médico). Aunque los contextos epidemiológicos diferían, con frecuencia la elite sostenía que la enfermedad atacaba a ciertas personas y dejaba en paz a otras. Esta percepción, producto de un complejo de filtros culturales, formaba parte de lo que denomino la enfermedad constructo (por ejemplo, el constructo lepra, o el constructo fiebre amarilla). En la creación de respuestas oficiales, este constructo determinaba qué se podía hacer en el intento de limitar la transmisión de la enfermedad.¹⁰

Muchas veces la gente común descubría que las medidas tomadas durante una epidemia —rápido entierro de cadáveres encalados en fosas comunes, confiscación de la propiedad de los difuntos, cierre de mercados, cuarentena— planteaban más amenazas a su mundo de experiencias y sus expectativas que la enfermedad en sí. Pero los privilegiados nunca entendían por qué sus ideas (tomadas como paradigmas de la sabiduría de la Gran Tradición culta) no debían tomarse como norma universal. Con la llegada de la Ilustración a Francia, Inglaterra y Escocia, la divergencia entre las actitudes de las elites y el pueblo se ensanchó aún más.¹¹

En los siguientes capítulos, sitúo cada enfermedad epidémica en dos contextos culturales, uno europeo y otro no occidental. La contextualización temporal, espacial y cultural indica que me he planteado una tarea diferente de la que se propuso William McNeill hace veinte años; McNeill se encargó ante todo de evaluar las repercusiones de las enfermedades epidémicas en la humanidad en general.¹² Trabajando cronológicamente, yo comienzo con un estudio de la peste bubónica en Europa occidental y el

imperio mameluco de Oriente Medio, con sede en El Cairo, ambos afectados por la enfermedad en 1347. En Europa desapareció entre 1690 y 1710, pero en Oriente Medio persistió hasta la década de 1840. En Occidente, siglos después de la desaparición de la peste, siguió siendo el flagelo esencial con el cual se compararían crisis posteriores.¹³ No obstante, por espantosas que fueran las experiencias europeas, la peste no allanó el camino de conquistadores extranjeros, como ocurriría con la viruela en América.

El capítulo 2, sobre la lepra, comienza en la Edad Media europea, con un examen del crecimiento de ese potente constructo que es el leproso como ser estigmatizado, y luego presenta ejemplos del modo en que este constructo se aplicó en el mundo colonizado del siglo diecinueve. Comenzando por Hawái y la India, paso a Sudáfrica, Nigeria, las Filipinas y Malasia. El capítulo termina con una advertencia: aunque hoy existe una cura para la lepra, que surte efecto si se aplica a tiempo, el constructo medieval cristiano permanece. La gente proclive a aceptar la noción occidental del constructo lepra rara vez busca cura médica a tiempo para impedir la irreversible pérdida de los dedos de manos y pies.

El capítulo 3 trata sobre la viruela en América y Europa. El capítulo 4 examina la peste oculta, la sífilis venérea, en Europa y América después de 1493. El capítulo termina con un comentario sobre los modos en que la orgullosa civilización que fue China enfrentó el constructo sífilis.

El capítulo 5 trata sobre el cólera en la India y Gran Bretaña. Durante los años de dominación británica, 1786-1947, el cólera reclamó la vida de más de 28 millones de personas. Antes de la llegada de los ingleses, es improbable que haya sido una amenaza importante para el subcontinente. El cólera puede verse, pues, como la enfermedad colonial por antonomasia. Dentro de las Islas Británicas, donde la enfermedad atacó por primera vez en 1831, el cólera y el constructo cólera (en este caso, un constructo no relacionado con la experiencia colonial) se ven como uno de los varios instrumentos que la incipiente clase media utilizó contra sus enemigos sociales, las comunidades de artesanos, que en viejas interpretaciones constituían el auténtico pueblo de Inglaterra.

El capítulo 6 trata sobre la malaria y la fiebre amarilla en el mundo atlántico (África, el Caribe, la América continental). En la evolución de estas enfermedades, el desarrollo (con la migración involuntaria de millones de trabajadores potenciales del Oriente a Occidente) es de nuevo una fuerza motriz decisiva. Al igual que la

lepra en el siglo diecinueve, la enfermedad constructo contribuía a formar la actitud de los pueblos dominantes. El constructo fiebre amarilla sostenía que los africanos negros eran inmunes a la enfermedad. Esta páfida interpretación se usó para demostrar que el Dios cristiano los había creado para servir como esclavos en las Américas. En Africa y Liverpool, en la década de 1890, el personal médico inglés marginó aún más a los negros al crear un constructo malaria.

Esta cruda visión de los usos de la enfermedad epidémica en el pasado conduce a un epílogo que presenta un breve comentario acerca de la situación en el momento de la publicación de este libro. Mi punto de partida es que, apoyándose en las visiones de Robert Koch, los médicos y técnicos modernos han alcanzado al fin la capacidad para controlar todas las enfermedades epidémicas comentadas en este estudio. En el caso de la malaria, que aún causa muchas muertes, se puede argumentar que la incapacidad para controlarla se debe a barreras de tipo social, intelectual y económico y no a ignorancia técnica. Con la superación de barreras similares, la viruela se eliminó de la faz de la Tierra en 1977.¹⁴

Aunque el conocimiento científico avanza año a año, el personal médico forma parte de sistemas sociales e inevitablemente comparte sus valores. Así, en el Norte económicamente avanzado y en ciertos enclaves urbanos del trópico, ciertos grupos de personas albergan planes de ganancia personal que no dan alta prioridad al control de enfermedades infecciosas, que ahora se encuentran principalmente en el Sur. Pero las personas *comunes* que Alexander Kinglake observó en los cementerios de El Cairo en 1835, y que yo veo a diario en sus calles, han demostrado una y otra vez su voluntad de aceptar la valía y dignidad de todos sus congéneres. En dichas personas se encuentra la semilla de un futuro más humanitario.¹⁵

La respuesta humana a la peste en Europa occidental y Oriente Medio, 1347-1844

Introducción

En el verano de 1347, ratas y pulgas infectadas con peste bubónica abordaron naves mercantes genovesas en Caffa, en el Mar Negro. Ese año, algunas de esas naves cruzaron los Dardanelos, hicieron escala en Mesina (Sicilia) y luego navegaron a Pisa, Génova y Marsella; otras naves genovesas viajaron de Caffa a la desembocadura del Nilo, en Egipto. Al cabo de pocos meses, una pestilencia desconocida para los contemporáneos comenzó a matar a hombres, mujeres y niños en ambas márgenes del Mediterráneo. En 1348 la peste atacó las poblaciones de las costas del Atlántico y del Báltico. Luego, viajando por ríos y carreteras y a campo traviesa, sorprendió a los europeos que vivían en el interior.

Aunque la información confiable es escasa, pareciera que durante los cinco años en que atacó la Peste Negra (1347-1351), la mortalidad regional oscilaba entre un octavo y dos tercios de la población. Quizás haya matado a tres europeos de cada diez, dejando 24 millones de muertos. Es el desastre epidémico más grande de Europa desde el derrumbe del imperio romano.¹

La tasa de mortalidad también fue espantosamente alta en el Oriente Medio musulmán: pereció entre un cuarto y un tercio de la población. Escribiendo en 1349, Ibn Khatimah, un escritor médico de la Andalucía musulmana, testificó:

Esto es ejemplo de los maravillosos actos y el poder de Dios, pues nunca ha ocurrido una catástrofe de tal magnitud y duración. No tenemos informes satisfactorios, porque la enfermedad es nueva [...] Sólo Dios sabe cuándo se irá de la tierra.²