



Revista
electrónica
de la Secretaría
de Investigación

FHyCS-UNaM

N° 20 JULIO 2023



► www.larivada.com.ar



La Rivada. Investigaciones en Ciencias Sociales.
Revista electrónica de la Secretaría de Investigación. FHycS-UNaM
La Rivada es la revista de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Es una publicación semestral en soporte digital y con referato, cuyo objeto es dar a conocer artículos de investigación originales en el campo de las ciencias sociales y humanas, tanto de investigadores de la institución como del ámbito nacional e internacional. Desde la publicación del primer número en diciembre de 2013, la revista se propone un crecimiento continuado mediante los aportes de la comunidad académica y el trabajo de su Comité Editorial.
Editor Responsable: Secretaría de Investigación. FHycS-UNaM.
Tucumán 1605. Piso 1.
Posadas, Misiones.
Tel: 054 0376-4430140
ISSN 2347-1085
Contacto: larivada@gmail.com

Artista Invitado

José Guaimas
<https://jositux.com>

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones.

Decano: Esp. Cristian Garrido
Vice Decana: Dra. Zulma Cabrera
Secretaría de Investigación: Dra. Beatriz Rivero
Secretaría Adjunta de Investigación: Mgter. Natalia Otero Correa

Director: Dr. Roberto Carlos Abinzano
(Profesor Emérito/Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Consejo Asesor

- Dra. Ana María Camblong (Profesora Emérita/ Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Dr. Denis Baranger (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Dra. Susana Bandieri (Universidad Nacional del Comahue/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina)

Equipo Coordinador

- Romina Inés Tor (Universidad Nacional de Misiones, Argentina/CONICET)
- Lisandro Ramón Rodríguez (Universidad Nacional de Misiones, Argentina./CONICET)
- Christian N. Giménez (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Comité Editor

- Débora Betrisey Nadali (Universidad Complutense de Madrid, España)
- Zenón Luis Martínez (Universidad de Huelva, España)
- Marcela Rojas Méndez (UNIFA, Punta del Este, Uruguay)
- Guillermo Alfredo Johnson (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
- María Laura Pegoraro (Universidad Nacional del Nordeste, Argentina)
- Ignacio Mazzola (Universidad de Buenos Aires-Universidad Nacional de La Plata)
- Mariana Godoy (Universidad Nacional de Salta, Argentina)
- Carolina Diez (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina)
- Pablo Molina Ahumada (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)
- Pablo Nemiña (Universidad Nacional de San Martín, Argentina)
- Daniel Gastaldello (Universidad Nacional del Litoral, Argentina)
- Jones Dari Goettert (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
- Jorge Aníbal Sena (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- María Angélica Mateus Mora (Universidad de Tours, Francia)
- Patricia Digilio (Universidad de Buenos Aires, Argentina)
- Mabel Ruiz Barbot (Universidad de la República, Uruguay)
- Ignacio Telesca (Universidad Nacional de Formosa, Argentina)
- Froilán Fernández (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Bruno Nicolás Carpinetti (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina)
- María Eugenia de Zan (Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina)
- Juliana Peixoto Batista (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina)
- Natalia Aldana (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Consejo de Redacción

- Julia Renaut (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Julio César Carrizo (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Lucía Genzone (Universidad Nacional de Misiones, Argentina/CONICET)
- Marcos Emilio Simón (Universidad Nacional de Misiones/Universidad Nacional del Nordeste)
- Emiliano Hernán Vitale (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Nicolás Adrián Pintos (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Corrector

- Juan Ignacio Pérez Campos

Diseño Gráfico

- Silvana Diedrich

Diseño Web

- Pedro Insfran

Web Master

- Santiago Peralta



ARTÍCULOS

Turismo y transformación digital: el caso de la provincia de Misiones-Argentina
Por Valeria Elizabeth Do Santos y Fabiana Andrea Gutaszkas

“Repartís, te toca donde te toca”.
Experiencias de resistencia frente al control y sanción en el trabajo de reparto en plataformas en Córdoba, Argentina
Por Gastón Enrietti Jordán y Rodrigo Escribano

Modelos de control social y resistencias en tiempos del COVID-19. El caso de la comunidad Ngigua de San Marcos Tlacoyalco
Por María Sol Tiverovsky Scheines

La emergencia del teatro comunitario en Misiones: la “Murga de la Estación” de Posadas
Por Juan Pablo Vitale

Modelos de control social y resistencias en tiempos del COVID-19. El caso de la comunidad Ngigua de San Marcos Tlacoyalco

Models of social control and resistance in times of COVID-19. The case of Ngigua community in San Marcos Tlacoyalco¹

María Sol Tiverovsky Scheines*

Ingresado: 26/04/23 // Evaluado: 10/05/23 // Aprobado: 26/07/23

Resumen

Se trata de ver cómo las pandemias abren la posibilidad de que aparezcan nuevos modelos de control que suscitan modos de resistencia o adaptaciones a situaciones de crisis sanitarias. Para ello, se toma en cuenta una trayectoria histórica a partir del análisis de médicos mexicanos del siglo XIX mostrando los puntos importantes de una serie de soluciones emprendidas por el Estado. La experiencia vivida por los pobladores de la comunidad Ngigua de San Marcos Tlacoyalco (Puebla, México), para protegerse del COVID-19, nos revela la capacidad de generar sus propias soluciones a partir de saberes tradicionales. Esta investigación toma instrumentos y herramientas de Michel Foucault para apuntalar la metodología del trabajo.

Palabras claves: Saberes médicos - subjetividad - COVID-19 - modos de resistencia

¹ Este trabajo forma parte del proyecto posdoctoral: “Sobreviviendo en la pandemia COVID-19. Estrategias de resistencia de una comunidad Ngigua de San Marcos Tlacoyalco, Puebla”, que estoy realizando en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (BUAP, México) con una beca CONACyT.

Abstract:

We want to analyze how pandemics open the possibility of the emergence of new control models that give rise to modes of resistance or adaptations to health crisis situations. For this, a historical trajectory is taken into account from the analysis of Mexican doctors of the nineteenth century showing the important points of a series of solutions undertaken by the state. The lived experience by the inhabitants of the Ngigua community of San Marcos Tlacoyalco (Puebla, Mexico), to protect themselves from COVID-19, reveals the ability to generate their own solutions based on traditional knowledge. This research takes instruments and tools from Michel Foucault to underpin the methodology of the work.

Keywords: *Medical knowledge - subjectivity - COVID-19 - modes of resistance*

**María Sol Tiverovsky Scheines**

Licenciada y maestra en Estudios Latinoamericanos (UNAM). Doctora en Filosofía Contemporánea (BUAP). Becaria posdoctoral (CONACyT) en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSyH, BUAP) desde diciembre de 2021. Proyecto: "Sobreviviendo en la pandemia COVID-19. Estrategias de resistencia de una comunidad Ngigua de San Marcos Tlacoyalco, Puebla".

E-mail: soltiverovsky@yahoo.com.ar

Cómo citar este artículo:

Tiverovsky Scheines, María Sol (2023) "Modelos de control social y resistencias en tiempos del COVID-19. El caso de la comunidad Ngigua de San Marcos Tlacoyalco". Revista La Rivada 11 (20), pp 45-58 <http://www.larivada.com.ar/index.php/numero-20/articulos/377-modelos-de-control-social-y-resistencias>

Introducción

Este trabajo tiene por objetivo analizar la manera en que el combate a las pandemias ha posibilitado la aparición de nuevos modelos de control social, que suscitaron, a su vez, modos de enfrentar y de resistir, por parte de la población, situaciones de crisis sanitarias en condiciones de precariedad.

La pandemia por COVID-19 dio a la biopolítica del Estado, entendida como la potestad que se abroga para garantizar y proteger la vida sana de la especie (Foucault, 2011), la oportunidad de manifestarse en defensa de la salud pública. Pero esta defensa, como hemos visto en los años que duró la pandemia, no actuó de la misma forma en todos los sectores sociales. La experiencia histórica visibiliza las condiciones de desigualdad y hace más difícil la supervivencia a sectores marginados de la sociedad (Menéndez, 2021). Pero los sujetos no asumen con sumisión esta situación, sino que eventos inesperados como éste activan modos de resistencias. El sujeto se vale de la experiencia histórica a lo largo de muchos años de difusión del discurso médico respecto de las pandemias, así como de sus propias experiencias en la autoatención (Menéndez, 2018), y busca sobrevivir. Todo ello puede constatarse en el estudio empírico. Se trata de entender las pandemias como momentos claves que han permitido a la biopolítica plantear nuevos modos de control sobre las poblaciones, y que, a su vez, abren paso a resistencias posibles.

Evidentemente, es un presupuesto la constitución de un saber que se produce como resultado de la minuciosa observación y experimentación sobre el cuerpo. A partir de ello, se propusieron una serie de medidas que cada individuo debía cumplir obligatoriamente en función de mantener sano al cuerpo social. En otras palabras, la conformación de un sujeto efecto de este poder-saber médico es la condición del éxito sanitario. El saber médico, expresado en una serie de discursos en torno a la enfermedad, logró actualizarse en relaciones de poder muy precisas, con efectos de verdad para el establecimiento de normas de observancia obligatoria. La verdad se produce. “Esas producciones de verdad no pueden disociarse del poder y de los mecanismos de poder, porque estos últimos hacen posibles, inducen esas producciones de verdades y, a la vez, porque estas mismas tienen efectos de poder que nos ligan, nos atan” (Foucault, 2013: 73). Nos preguntamos entonces qué es lo que hace que un enunciado médico sea considerado verdadero y cuál es el juego entre relaciones de poder y verdad.

Siguiendo a Foucault, se establece una metodología que distingue tres ejes de análisis: el saber, el poder y la subjetivación.

Foucault explica que hablar de saber y de poder, separados el uno del otro, es siempre hablar de una abstracción, porque, en la práctica, actúan conjuntamente. El poder produce saber y lo requiere para funcionar y el saber surge de la implementación de los mecanismos de poder. El poder al que se refiere Foucault toma forma en un sistema disciplinario que se caracteriza por “imponer una tarea cualquiera a una multiplicidad humana cualquiera” (Deleuze, 2014: 77). El poder, para Foucault, es relación de fuerzas, y por lo tanto no tiene forma, es informal. Categorías de poder serían, por ejemplo, incitar, o suscitar, sin hacer referencia a quién o quiénes irán dirigidas. El saber, en cambio, sí tiene forma y siempre se dirige a alguien. Un ejemplo de categoría de saber sería educar. Saber educar. Pero como en la práctica, son sujetos concretos los que serán educados, y el incitar también se referirá a sujetos concretos,

entonces en el saber educar está implícita la función del poder, que impone una tarea cualquiera a una multiplicidad restringida cualquiera. Como vemos, hay un entrelazamiento de ambos, una presuposición de uno con respecto al otro. No hay poder sin saber, y a la inversa, no hay saber sin poder. Por eso es posible conocer las prácticas de poder a través del saber, en nuestro caso concreto, nos enfocamos en el saber sobre la enfermedad y el enfermo en alusión directa al fenómeno del COVID-19.

Las prácticas de saber-poder se encaminan necesariamente al diseño de un sujeto que ha hecho suyas las prescripciones médicas, que ha subjetivado las directrices y las reglas higiénicas para orientar su conducta en situaciones críticas o de emergencia sanitaria. Asociada a esa preocupación por la higiene pública, aparece la noción de peligro social, que tomará cuerpo casi siempre en los grupos sociales marginados. Un ejemplo de esta preocupación es el combate al alcoholismo, un vicio que el saber médico consideró negativamente para la sociedad, porque era un agente promotor de riñas y de delincuencia, y además, porque se pensaba que ocasionaba trastornos en la prole. De allí que los médicos propusieran el control mediante el encauzamiento de las conductas de los individuos, desde sus primeros años por medio del sistema de castigos y recompensas. Tenemos, por ejemplo, la propuesta disciplinaria que presentaba el Dr. Domínguez:

Fomentar la moral en todos los establecimientos de instrucción primaria y secundaria; establecer periódicamente grandes premios á [sic] la honradez, al trabajo y á la industria; perseguir sin descanso y castigar con dureza á los vagos, pues está visto que la ociosidad es la madre de todos los vicios... (Domínguez y Quintanar, 1870: 50).

El gremio médico en su conjunto asumió la tarea de defender a la sociedad, identificando las prácticas sociales que podían suscitar amenazas a la vida, tales como el alcoholismo, la delincuencia, la prostitución, la vagancia y los malos enlaces reproductivos.

Discursos de verdad y modelos de control social

En este apartado, se abordará la formación de los saberes médicos a partir de experiencias de enfermedad históricas, que le permitieron desplegarse y actuar frente a situaciones de crisis sanitaria, en torno a la idea del peligro social, así como la función de la higiene pública que permitiría paliar los supuestos defectos congénitos de las poblaciones. Los discursos y sus efectos de poder están íntimamente relacionados con el sujeto que los enuncia. Con esto me refiero a que cierta persona que goza de un status científico emite un discurso determinado, y este discurso será considerado verdadero porque está apoyado por años de estudio y de trabajo en el área. Su aceptación, como discurso de verdad, es lo que permitirá que tenga efectos de poder concretos. Para analizar cómo el saber médico se ha actualizado en relaciones de poder muy precisas, aludiremos a dos modelos de control social estudiados por Michel Foucault, y que se desplegaron a partir de dos enfermedades que existieron en Europa desde la Edad Media: la lepra y la peste.

De acuerdo a este filósofo, estos dos modelos posibilitaron el despliegue de un saber con efectos de poder con distintas características. Tenemos, por una parte, un modelo de expulsión, que se desplegó a partir del tratamiento de la lepra. Como sa-



UN
Universidad Nacional de Tucumán

bemos, un individuo leproso era obligado, inmediatamente, a abandonar la ciudad, y se lo consideraba muerto civilmente. Este modelo se aplicó asimismo, históricamente, a locos, vagabundos y libertinos, que eran expulsados de la ciudad o confinados a hospitales. La enfermedad, ya sea física o moral, era considerada un problema de seguridad y la expulsión, entonces, era la manera de mantenerla alejada (Foucault, 2014). De esta forma, se protegía al resto de los habitantes. En México, los lazaretos se encontraban siempre a una prudente distancia de los centros urbanos. En las zonas portuarias, existían estos hospitales para leprosos y, de acuerdo a la Legislación Sanitaria Nacional, funcionaron asimismo para recibir a enfermos que pudieran haber llegado en barco de regiones con alguna determinada enfermedad, como el cólera o la fiebre amarilla (Rodríguez, 1895).

Hacia el siglo XIX, si bien este modelo de control social no desapareció, quedó relegado a los márgenes del poder, y se aplicaría, como lo mencionamos, en casos muy específicos.

La segunda tecnología de seguridad de la que nos habla Foucault, y que también surgió en la Edad Media, es, por el contrario, un modelo de inclusión, que se puso en práctica cuando la peste comenzó a azotar a las ciudades en Europa. Frente a una enfermedad con altos índices de contagio, la solución no podía provenir del modelo de la lepra. Expulsarlos a todos era inviable. La peste, entonces, obligó a replantear la acción. Lo que se hizo, en estos casos, fue organizar la ciudad, cuadrificarla y tener un control de cada uno de los habitantes. Así, la ciudad apestada era puesta en cuarentena y los habitantes debían registrar sus nombres en una lista y permanecer en sus hogares. Había inspectores que observaban las calles diariamente y registraban permanentemente lo que sucedía. Los inspectores debían registrar el avance de la enfermedad, y para ello llevaban un control sobre los individuos sanos y los enfermos (Foucault, 2001).

De acuerdo a Foucault, este modelo permitió mecanismos de control social mucho más finos. Porque aquí no se trataba de masas de gente expulsada a los confines de la ciudad, sino de individuos que permanecerían en ella y que deberían ser estudiados minuciosamente, porque conocer la enfermedad y sus síntomas permitía protegerse frente a ésta. El enfermo y la enfermedad, en este modelo, requerían de la observación cercana y minuciosa del médico. Este modelo permitió el control pleno de los individuos bajo el supuesto de que sólo así, y siguiendo las indicaciones, era posible salvaguardar de la enfermedad no sólo al enfermo sino a toda la comunidad que ésta pone en riesgo.

En el siglo XVIII, el modelo de la peste reemplazó al de la lepra. De allí que, para Michel Foucault, la capacidad represiva del poder sólo debería analizarse en segundo plano. Por el contrario, se procura comprender sus posibilidades inventivas, es decir, cómo a partir de una enfermedad, la peste, de su observación y análisis, se va formando un saber con efectos de poder, sobre todo en el sentido de hacer aceptable los controles rigurosos por parte de la población observada: “Pasamos de una tecnología del poder que expulsa, excluye, prohíbe, margina y reprime, a un poder que es por fin un poder positivo, un poder que fabrica, que observa, un poder que sabe y se multiplica a partir de sus propios efectos” (Foucault, 2001: 55).

Ahora bien, todo este despliegue de poder positivo, como lo llamará Foucault, tiene efectos de normalización, es decir, su objetivo es establecer la norma. Se trata de un saber con efectos de poder que busca orientar las conductas de los individuos.



UN
Universidad Nacional de Tucumán

La norma no es una ley sino un ejercicio constante de coerción a partir de la clasificación individualizante y la pretensión de corregir a todo aquel que se aleje de ésta. El control de las poblaciones en torno a las enfermedades busca la normalización social (Foucault, 2001). La norma no buscará excluir sino clasificar e intervenir oportunamente. Foucault explicará que, a partir del siglo XVIII, y de la mano del modelo de inclusión de la peste y del dispositivo de normalización que trae aparejado consigo, el médico irá adquiriendo otro status: “el médico se aparta algo más nítidamente de los otros prestadores de cuidados y comienza a ocupar en el cuerpo social un lugar más amplio y valorado” (Foucault, 2013: 212). Preocupará a los gobiernos la enfermedad en tanto y en cuanto sustrae fuerzas, reduce tiempos de trabajo y aumenta los costos económicos. De ahí que la medicina y su función en la higiene pública resulten fundamentales. El médico tendrá la función de llevar estos preceptos higiénicos a la población para evitar así enfermedades que puedan mermar las fuerzas de trabajo. Esto se puede ilustrar con lo que enuncia el médico mexicano Máximo Silva:

La higiene [...] procura alejarnos con horror del alcoholismo; nos proporciona los alimentos convenientes; cuida de nuestros sentidos, fortifica nuestra inteligencia y alienta nuestro corazón, rechazando el vicio e inculcando la moral. Nos aleja de los focos de contagio; da salud y alegría a las poblaciones; y elevándose a esferas más altas, tiende a mejorar las razas... (Silva, 1897: 2).

El médico tendrá, entonces, una doble función. Por una parte, ocuparse de los enfermos y enseñarles preceptos de higiene para reestablecer la salud y evitar más contagios; y, por otra parte, sugerir a los gobiernos las disposiciones adecuadas que eviten la propagación de enfermedades en un territorio determinado.

El saber médico tendrá efectos de poder que se manifestarán tanto en códigos sanitarios como en medidas de prevención y cuidados que adoptarán las familias, bajo el supuesto de que, de seguir las indicaciones médicas, se mejorará la calidad de vida de sus integrantes y se podrá poner freno al peligro que conlleva una enfermedad contagiosa.

El médico será el encargado de hacer funcionar este engranaje familiar, asesorándolos sobre los cuidados que deben tener con el enfermo y las precauciones para evitar contagios. El núcleo familiar se convirtió, entonces, en un microhospital con los cuidados básicos y a un bajo costo para el estado (Foucault, 2013). El galeno mexicano Teófilo Rodríguez, en su *Estudio acerca de la higiene profiláctica de las enfermedades transmisibles* (1895), lo explicaba de esta manera:

Todos debemos procurar por cuantos medios estén a nuestro alcance que las poblaciones sean saneadas, que las masas se eduquen en este sentido, haciéndoles ver prácticamente los malos resultados que acarrearían la falta de vacuna [...]; la falta de aislamiento en los enfermos contagiosos; la falta de una buena desinfección en los lugares contaminados; la falta de conocimiento práctico de las sustancias alimenticias y aguas potables; la falta de los conocimientos higiénicos fundamentales... (Rodríguez, 1895: 43-44).

Queda así integrada la familia en los mecanismos del poder disciplinario. El médico encuentra su relevo en ella. La familia será la encargada de transmitir a todos sus integrantes los preceptos de higiene necesarios para evitar enfermedades y será la responsable de hacerlos cumplir.

El control de las poblaciones frente al COVID-19

De las experiencias históricas regresamos para concluir que el combate a la pandemia del COVID-19 suscitó su propio modelo de control, que presuponía, como la mejor defensa, contar con un sistema sanitario sólido. La OMS pidió a los gobiernos ser claros en las orientaciones prescriptivas a la población y recomendó llevar a cabo pruebas masivas para detectar a tiempo al virus evitando su rápida propagación (OMS, 2020). De esta manera, propuso una serie de medidas para contener la pandemia, entre las cuales podemos destacar el aislamiento social, la reclusión de cada familia en su casa, evitar las aglomeraciones, el uso de cubrebocas (mascarillas) y lavar y desinfectar manos usando jabón y alcohol en sus distintas presentaciones. Todas estas medidas debían ser asimiladas por cada uno de los individuos para evitar contagios, y debían complementarse con el apoyo del aparato gubernamental, que se ocuparía de los casos graves. “La mejor defensa contra cualquier brote es un sistema sanitario sólido”, planteaba en una entrevista Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS (OMS, 2020).

Siguiendo ese modelo, algunos países con sistemas sanitarios bien organizados y preparados proporcionaron un acceso equitativo a la prestación de servicios esenciales durante una situación de emergencia y así buscaron limitar la mortalidad directa y evitar una mortalidad indirecta innecesaria, es decir, por el agravamiento de enfermedades previas y su complicación al contraer el COVID-19.

A pesar de todos los contratiempos, evidentemente el éxito del modelo de control COVID-19 en esos países se beneficiaba de la larga experiencia histórica en la cual se llegó a constituir a la población como el sujeto predispuesto a ser orientado por las instancias oficiales. El sujeto dócil y obediente a las prescripciones médicas existe ya. El discurso médico y sus efectos de saber han constituido una subjetividad adecuada al control sanitario del cuerpo social.

Este modelo implementado por el poder-saber médico, cuando ha sido implantado a tiempo y de forma coherente, ha orientado debidamente a su población logrando un relativo éxito en el control de la pandemia.

Lo que es indudable es que esta enfermedad puso en evidencia la fragilidad de algunos sistemas sanitarios y la incapacidad de hacer frente de manera eficaz a este problema.

México se encuentra entre los cinco países con más muertes por COVID-19, de acuerdo a cifras recolectadas y actualizadas diariamente por la Organización Mundial para la Salud (2023). En un estudio efectuado por el Centro de Investigación sobre Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins el 16 de marzo de 2023, en el que se muestra gráficamente el número de muertes por COVID-19 por cada 100 casos confirmados, México ocupaba, en esta tabla, el segundo lugar. La norma de comportamiento de los gobiernos ante la pandemia no fue observada desde un inicio y provocó desorientación entre la población. En marzo de 2022, realicé entrevistas a un grupo de estudiantes de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla en la comunidad Nguigua de San Marcos Tlacoyalco. Puebla es uno de los 5 estados del país con más muertes por COVID-19. En las entrevistas, los alumnos explicaban que, dado que la información sobre el COVID-19 llegó muy tarde y fue poco clara, hubo gente, especialmente de la tercera edad, que aseguraba que esta enfermedad era una mentira más del gobierno. De hecho, de acuerdo a las cifras publicadas por el Gobierno de

México, es en la población de la tercera edad donde el virus cobró más vidas (Gobierno de México, 2023)

A esta desinformación debemos sumar una serie de comentarios y situaciones contradictorias por parte de las autoridades médicas y políticas del país. Un ejemplo de ello ocurrió en enero de 2021. Todas las mañanas, en televisión nacional, un médico, el doctor Hugo López Gatell, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud del Gobierno de México y designado por el presidente de México para la contención de la pandemia, respondía, en una ronda de prensa, a las preguntas de los periodistas y daba una serie de indicaciones, de acuerdo a las sugerencias de la OMS, sobre cómo actuar ante el virus, afirmando la importancia de quedarse en casa para evitar contagios. Sin embargo, en pleno auge pandémico, López Gatell fue captado por las cámaras vacacionando en una playa de Oaxaca. Luego de este escandaloso episodio, el doctor regresó a la Ciudad de México y continuó con sus actividades habituales (El Universal, 3 de enero de 2021).

No atender o incluso contradecir las recomendaciones de salud pública emitidas por la OMS puso a la autoridad mexicana como principal responsable de la desorientación de los ciudadanos.

Una muestra de esa desorientación son las declaraciones emitidas por el gobernador del estado de Puebla, Miguel Barbosa, quien haciendo caso omiso de las indicaciones de la OMS, aseguró que la enfermedad sólo atacaba a los ricos: “Si ustedes son ricos, están en riesgo. Los pobres no. Los pobres estamos inmunes” (Barbosa, 2020). En contraste con el discurso médico del siglo XIX que achacaba a las deficiencias genéticas de los mexicanos la causa de la propagación de las pandemias, el discurso oficial del gobierno mexicano en el primer año de la pandemia aludía a una serie de características raciales y de clase que evitarían los contagios. Gobernantes en diferentes momentos abonan en la confusión afirmando que las fortalezas de los mexicanos los hacen inmunes al COVID-19: la gastronomía nativa, la fuerza de resistencia de la *raza* y, por si los genes llegaran a fallar, se llama a la población a protegerse del mal cargando con amuletos religiosos (López Obrador, 2020).

En el actuar omiso de las autoridades de algunos países, daba la impresión de que la pandemia era aprovechada para dejar hacer al virus su silenciosa tarea de limpieza social. Parecía ejercerse el derecho soberano del biopoder del Estado de dejar morir a la población enferma, para de esta forma, producir una población sana y vigorosa. Sin exagerarse, podría significar un resurgimiento del darwinismo social y una actualización de la biopolítica: hay que dejar morir a los que de todas formas van de salida de este mundo, que estorban y se han convertido en población superflua. De esta manera, el Estado eludía su responsabilidad de cuidar y gestionar la salud de la población, permitiendo, por omisión, el incremento imparabile de muertes innecesarias por contagio.

De acuerdo a un estudio llevado a cabo por la Universidad de California, para febrero de 2021 México encabezaba la gráfica de muertes por COVID-19 entre trabajadores de la salud (Sánchez-Talanquer et. al., 2021: 24). En este informe, se señalaba el fracaso en la respuesta a la pandemia, y se indicaba que una buena gestión hubiera podido evitar 190.000 muertes en nuestro país. (Ver gráfico 1).

El problema de las cifras no atañe sólo a México. La OMS aseguraba, en mayo de 2022, que había un exceso de muertes a nivel mundial de 14,9 millones, calculadas como la diferencia entre el número de muertes que ocurrieron y el número que



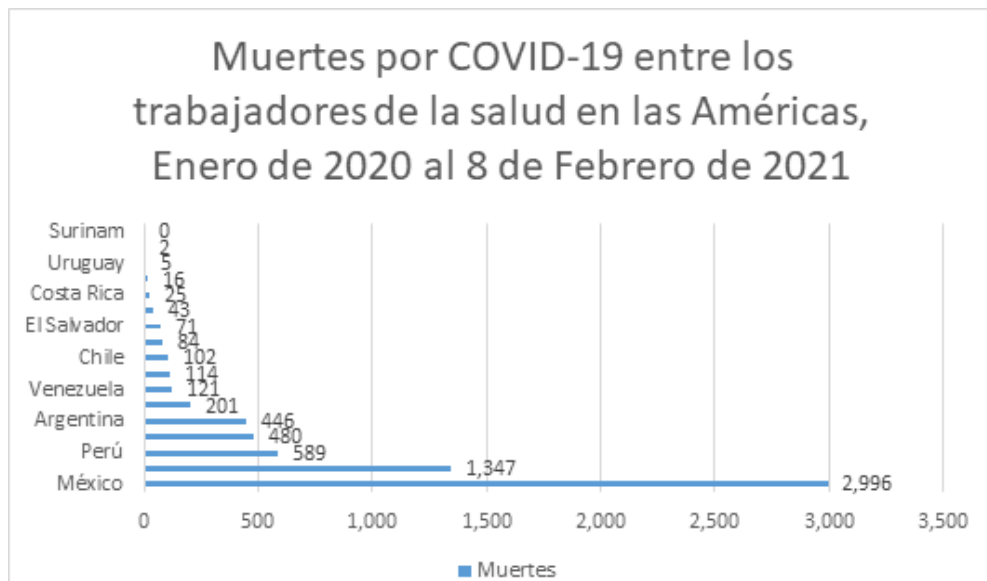


Gráfico 1

Fuente: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

debería haberse esperado en ausencia de la pandemia. Esto es así porque no se han considerado factores de mortalidad como la falta de medicinas, la dificultad para ser atendidos en hospitales que estaban saturados o por otro tipo de problemas médicos que agudizaron los síntomas del COVID-19 en pacientes enfermos, cuya muerte sin embargo no fue adjudicada a la enfermedad por coronavirus (Organización Mundial para la Salud, 2022).

La experiencia concreta en el tratamiento de la enfermedad en México y sus resultados, al menos en una primera etapa, llevaron a los sujetos a guiarse por los lineamientos internacionales, dejando a un lado las prescripciones a nivel local y nacional. La experiencia del COVID-19 ha posibilitado la constitución de un sujeto autónomo que asume el cuidado de su vida ante una situación inesperada y que lo pone en riesgo.

Subjetivación y modos de resistencia

Hasta aquí hemos analizado el despliegue del saber-poder médico en el siglo XIX y sus efectos en la constitución de un sujeto disciplinado que ha aprendido que para cuidarse a sí mismo es necesario seguir una serie de prescripciones higiénicas y, en casos extremos, acudir con un especialista, quien le indicará los pasos que debe seguir para reestablecer la salud. El sujeto así disciplinado ha asimilado que su enfermedad pone, eventualmente en peligro, la salud de todo el cuerpo social. Ahora bien, en la práctica, estas prescripciones no siempre se pueden llevar a cabo. Pensemos, por ejemplo, en áreas rurales que, frente a una situación de emergencia sanitaria, no reciben la información adecuada y, aun recibéndola, no cuentan con lo necesario para afrontar esta situación de acuerdo a las indicaciones de los especialistas. Entonces, frente a este saber-poder médico con efectos de normalización social, surgen focos de resistencia que constituyen subjetividades autónomas de ese poder. En este apartado, se explicará primeramente, y siguiendo el trabajo de Michel Foucault, qué

entendemos por resistencias, y se ejemplificará a partir de las prácticas de salud de una comunidad indígena de México frente a la pandemia por COVID-19.

Como ya se ha expuesto, para Michel Foucault el poder es fundamentalmente relación de fuerzas. Éste no proviene de la superestructura, sino que atraviesa todo el cuerpo social. Se trata de relaciones móviles, cambiantes. “El poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes” (Foucault, 2011: 87). Estas relaciones de fuerza se manifiestan bajo tres aspectos: poder de afectar al otro, poder de ser afectado por otro y poder de resistir. En la capacidad de resistir, se constituyen nuevas subjetividades que se alejan de los saberes-poderes dominantes, pero al mismo tiempo, les dan dinamismo, porque mientras surgen resistencias, el poder-saber buscará captarlas y apropiárselas.

Podemos decir, por lo tanto, que las resistencias exceden un diagrama de poder determinado, pero no se encuentran en posición de exterioridad con respecto a éste (Deleuze, 2014). De hecho, las resistencias permiten que las relaciones de poder funcionen. Sólo a partir de esta multiplicidad de resistencias, que actúan como adversarios del poder, este último puede existir (Foucault, 2011). Y Foucault es muy claro al momento de explicar que por resistencia no entiende un lugar del gran rechazo, sino varios puntos móviles que actúan como contrapeso en el diagrama de poder y, al mismo tiempo, lo obligan a mutar constantemente. Mientras este diagrama se esfuerza por capturar esos puntos, nuevas resistencias van surgiendo.

Ahora bien, cuando el COVID-19 se convirtió en epidemia y su peligrosidad puso en alerta al mundo entero, ya existía este sujeto obediente a las indicaciones médicas, porque durante más de un siglo la medicina, como un saber sobre las enfermedades, había logrado consolidarse. Es decir que, en México, como en la mayoría de los países, los individuos esperaban las indicaciones del médico o de organizaciones internacionales como la OMS, para saber cómo actuar frente a la enfermedad y, de esta forma, protegerse a sí mismos y a sus familias. Los especialistas en la materia indicaron la importancia de la higiene, tal como lo hicieron en el siglo XIX. El lavado de manos, el uso de gel antibacterial y la sana distancia fueron las primeras indicaciones, muy generales, de los médicos. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando en una comunidad, no cuentan con suficiente agua y no tienen gel antibacterial? ¿Qué pasa cuando los medicamentos para tratar la enfermedad resultan inalcanzables por los costos? ¿O cuando un enfermo necesita oxígeno pero los hospitales están repletos de gente y esta persona no puede costearlo? Ese fue el caso de la comunidad Ngigua que se encuentra en San Marcos Tlacoyalco, estado de Puebla (México), una población de 10.509 habitantes (INEGI, 2020).

En marzo de 2022, entrevisté a 7 estudiantes de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla, sede San Marcos Tlacoyalco. Todos ellos habitan, junto con sus familias, en esta región. Para el trabajo etnográfico se llevó a cabo una encuesta de datos demográficos, así como entrevistas informales y semiestructuradas (DeWalt y DeWalt, 2011). En ellas, se les preguntó a los pobladores cómo habían vivido la pandemia, si hubo enfermos, si habían recibido apoyos gubernamentales, cómo resistieron a esta crisis y qué estrategias de sobrevivencia aplicaron a nivel individual, familiar y comunitario. En septiembre del mismo año, regresé a San Marcos Tlacoyalco y realicé entrevistas informales a cuatro sabias de la comunidad. Me interesaba saber cómo habían aplicado las medicinas tradicionales para contener el COVID-19 y reducir sus efectos. Quería conocer de qué manera se pusieron en juego los saberes médicos le-



gitimados por la ciencia y los saberes que la comunidad Ngigua fue desarrollando a partir de diversos episodios de enfermedades. Me interesaba conocer los procesos de autoatención que activó la pandemia (Menéndez, 2021).

San Marcos Tlacoyalco se sitúa en una zona semi desértica, lo que significa que el acceso al agua no ha sido fácil. Se hicieron jagüeyes y se cavaron pozos para solventar esta situación (ver imagen 1). Lo cierto es que, si bien se han tomado medidas para



Imagen 1: Jagüey en San Marcos Tlacoyalco.

abastecerse de agua, ésta es escasa y cuando llega a las casas, deben buscar la forma de almacenarla y racionarla eficientemente. Esto fue un verdadero problema frente a la necesidad de lavarse las manos frecuentemente.

Por otra parte, y con respecto a los servicios médicos, existe un centro de salud en la comunidad (ver imagen 2). Sin embargo, el médico rara vez se encuentra allí porque atiende en otras comunidades aledañas. Esto significa que, ante una situación de urgencia, el enfermo debía acudir a un médico particular que cobra 400 pesos mexicanos la consulta, y a eso debía sumar el costo de las medicinas, lo que representaba un gasto excesivo si consideramos el nivel de salarios

en la región, que no excede los 7000 pesos mensuales. A eso debemos agregar que un buen número de personas perdieron sus trabajos o vieron reducidos los sueldos cuando comenzó la pandemia. Los estudiantes de la universidad reciben una beca. Sin embargo, deben trabajar porque ésta no es suficiente para satisfacer sus necesidades. Se les preguntó si habían recibido ayuda del gobierno, ya sea local o nacional, y comentaron que habían oído que estaban repartiendo despensas, pero ni ellos ni sus familias o conocidos las recibieron.

Frente a esta situación, la población buscó, con sus propios medios, modos de resistir. El 30 de septiembre, un grupo de la brigada *Conocimiento sobre las plantas medicinales e insectos del cerro de San Marcos Tlacoyalco* organizó un taller sobre el uso de plantas e insectos para curar enfermedades (ver imagen 3). Allí se presentaron cuatro sabias de la comunidad Ngigua para explicar los usos de la herbolaria



Imagen 2: Casa de salud ubicada en la entrada a San Marcos Tlacoyalco.

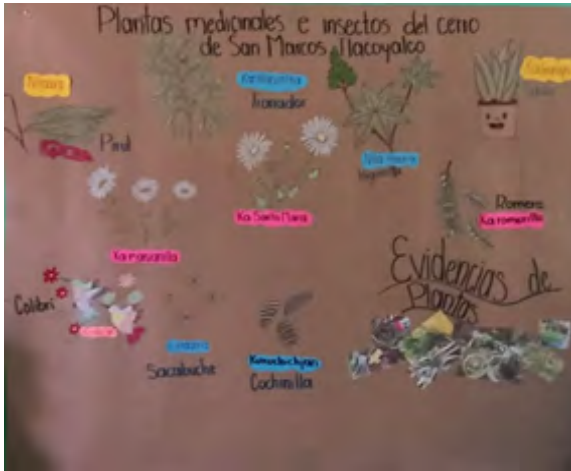


Imagen 3: Cartel explicativo sobre los usos medicinales de plantas y animales.

local: “Cuando no hay médicos, siempre tenemos la medicina en el cerro”, comentó una de las sabias de la región. Durante este taller, pude entrevistar a cuatro de ellas, quienes contaron cómo sus conocimientos, aunque no estaban avalados por la medicina, lograron salvar vidas frente a la epidemia por COVID-19. En el cerro, la población de San Marcos Tlacoyalco encuentra alimento y también la cura a diversas enfermedades. La sábila, por ejemplo, sirvió para bajar la fiebre a los enfermos. La medicina alópata, nos dijo otra sabia, no parecía estar ayudando a su hermano con las altas temperaturas que le provocaba el COVID-19. Así que decidieron aplicarle plastas de sábila en la planta de los pies, como habían hecho tantas veces con otras enfermedades.

El remedio funcionó y su hermano se recuperó.

Otra sabia contó que, ante la negativa de un médico del pueblo de atender a su familiar, porque temía ser contagiado, decidió poner en práctica sus conocimientos sobre herbolaria. Además de la sábila, hicieron infusiones con plantas medicinales que eran tomadas y también untadas en el cuerpo del enfermo. Para estas infusiones, usaban hojas de eucalipto, ajo, buganvilia, cebolla morada, flor de granada roja, guayaba y sábila hervida. Esta infusión serviría para mejorar los problemas respiratorios. Las infusiones se tomaban o se usaban para dar baños calientes a los enfermos. El vapor era aspirado y ayudaba a la recuperación. Las mujeres entrevistadas recalcaron que ésta no fue la única ocasión en que la comunidad tuvo que hacer frente a una epidemia. Los conocimientos que aplicaron para curar a los enfermos de COVID-19 fueron heredados de sus abuelas y bisabuelas quienes, durante generaciones, y a falta de médicos, curaron sus enfermedades con plantas e insectos que encontraban en la comunidad. Este ejemplo representa un modo de resistencia frente a situaciones adversas como pérdida total o parcial del trabajo, escasez de agua o falta de información.

Conclusiones

El modelo de control social que hemos distinguido en el caso del COVID-19 es una prolongación del modelo del tratamiento de la peste, y que se caracterizó por una serie de medidas restrictivas y de higiene, mencionadas a lo largo de este trabajo. Evidentemente, el objetivo ha sido siempre en esas situaciones tener un control absoluto para evitar la dispersión de las enfermedades contagiosas, y el saber acumulado al respecto ha logrado orientar las conductas individuales para restablecer un estado normal.

El ejemplo de la pandemia por COVID-19 también puso en evidencia los aspectos negativos de la biopolítica y el racismo de Estado, que expresados en la desinformación y en la omisión de criterios certeros, parecía empujar a la población a una situación de vulnerabilidad ante la muerte. Con ello, parecía cumplirse el principio de la biopolítica de dejar morir a la población considerada sobrante sin asumir por ello, y gracias a la pandemia, responsabilidad alguna en su función esencial de gestionar y proteger la salud de la población en su conjunto.

Las entrevistas mostraron que el modelo de control social derivado de la peste se fue consolidando a través de los siglos y actualmente la población ya está preparada para afrontar las enfermedades. La larga trayectoria de este modelo permite que los individuos tomen medidas propias frente a la falta de lineamientos claros de los gobiernos. Los testimonios recogidos entre los pobladores mostraron cómo la pandemia agravó una situación económica precaria en la comunidad. Ante la escasa ayuda de las autoridades políticas de la región, la población se organizó de manera autónoma para sobrevivir creando modos de resistencia frente a esta situación adversa. Para ello, se apoyaron de una larga tradición de saberes instituidos por la medicina científica, así como de saberes que la propia comunidad fue desarrollando a partir de experiencias propias, salvándolos de la muerte.

Referencias bibliográficas

BARBOSA, Miguel (25 de marzo de 2020). Conferencia de prensa. *El Universal online*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=s7UfjbONaXw>.

DELEUZE, Gilles (2014) *El poder. Curso sobre Foucault*. T. II. Buenos Aires, Ed. Cactus.

DEWALT, Kathleen y DEWALT, Billie (2011) *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Plymouth, Rowman & Littlefield Publisher, INC.

DOMÍNGUEZ Y QUINTANAR, Manuel (1870) *El alcoholismo. Su historia, causas, efectos patológicos, sociales, su terapéutica y recursos legales para evitar el vicio*. Ciudad de México, Imprenta de F. Díaz de León y Santiago White.

EL UNIVERSAL (3 de enero de 2021) Exhiben a López-Gatell de vacaciones en playas de Oaxaca en plena pandemia. Disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/estados/exhiben-lopez-gatell-de-vacaciones-en-playas-de-oaxaca-en-plena-pandemia/>.

FOUCAULT, Michel (2001) *Los anormales*. Curso en el Collège de France (1974-1975). Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, Michel (2011) *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Ciudad de México, Siglo XXI editores.

FOUCAULT, Michel (2013) "Poder y saber" y "La política de la salud en el siglo XVIII". En *El poder, una bestia magnífica*. Ciudad de México, Siglo XXI editores. Pp. 67-86 y 211-232.

FOUCAULT, Michel (2014) *Seguridad, territorio y población*. Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.

GOBIERNO DE MÉXICO (2023). *Mapas y gráficas de defunciones*. Disponible en <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>. Consultado el 12 de marzo de 2023.



INEGI (2020). *Censo de población y vivienda*. Consultado el 11 de noviembre de 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Datos_abiertos.

JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER (16 de marzo de 2023). "Mortality analyses". Universidad Johns Hopkins. Disponible en <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.

LÓPEZ OBRADOR, Andrés Manuel (18 de marzo de 2020). Conferencia de prensa. *Milenio Noticias*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=CRSo5QZJHZg>.

MENÉNDEZ, Eduardo (2018) "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos". *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, N°58, septiembre-diciembre. Pp. 104-113.

MENÉNDEZ, Eduardo (2021) "Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares". *Revista de la Escuela de Antropología*, XXVIII. Pp. 1-20.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020) "La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios esenciales durante la pandemia de COVID-19". Comunicado de prensa. En: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (5 de mayo de 2022). "14.9 million excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in 2020 and 2021". Disponible en <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (2023). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Situation by Country, Territory or Area. Disponible en <https://covid19.who.int/?mapFilter=deaths>

RODRÍGUEZ, Teófilo (1895) *Estudio acerca de la higiene profiláctica de las enfermedades transmisibles*. Tesis inaugural. Ciudad de México, Tip. Literaria de F. Mata.

SÁNCHEZ-TALANQUER, Mariano, GONZÁLEZ-PIER, Eduardo, SEPÚLVEDA, Jaime, ABASCAL-MIGUEL, Lucía, FIELDHOUSE, Jane, DEL RÍO, Carlos, GALLALEE, Sarah (2021) *La respuesta de México al COVID-19: estudio de caso*. Institute for Global Health and Sciences. Universidad de California. Disponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf.

SILVA, Máximo (1897) *Sencillos preceptos de higiene al alcance de todos*. Ciudad de México, Oficina tip. de la Secretaría de Fomento.

ILUSTRACIÓN: Josi Guaimas



www.larivada.com.ar

LA RIVADA
investigaciones
en ciencias sociales