

## Capítulo 7

# Geopolítica, salud pública y medicina social

A propósito del caso de Colombia

HUGO ARMANDO SOTOMAYOR TRIBÍN

### INTRODUCCIÓN

Cuando el autor de estas líneas se propuso hacer una reflexión sobre la relación de la geopolítica con la salud pública y la medicina social, lo hizo convencido de su dificultad y de lo interesante que podría ser.

La geopolítica ha tenido, dependiendo de los tiempos y las corrientes dominantes, diferentes interpretaciones o definiciones. Una de ellas puede ser la de una política dirigida por un Estado, o en su defecto, por unas determinadas fuerzas, sobre un espacio determinado y la relación entre aquella y la de otros Estados o fuerzas externas próximas o distantes físicamente.

Entendida así la geopolítica es claro entonces que ella es dinámica y cambiante según cambien las capacidades del Estado o las fuerzas en el interior de un espacio determinado y también según los límites cambiantes de éste, por obra de las relaciones de poder entre las diferentes fuerzas y/o Estados.

Si bien en términos generales todas las sociedades humanas, independientemente del grado de complejidad de su organización, han tenido políticas sobre unos espacios, es claro que éstas han sido mejor definidas cuando el nivel de complejidad de esas so-

ciedades ha llegado al de Estado, con sus diferentes ramas de poder público y sus fuerzas armadas encargadas de mantener la soberanía de los límites del espacio.

En esta perspectiva es necesario reconocer que las geopolíticas que se han estructurado en el espacio latinoamericano, el colombiano en particular, han sido muy diferentes según él halla sido poblado sólo por organizaciones tribales, hasta el siglo XVI, en la época de la dependencia del poder español, en los primeros años de vida republicana independiente, u hoy, después de más de 180 años de vida independiente, en un mundo dominado por una sola potencia y por el mercado y la tecnología.

En relación a la salud lo primero que hay que precisar es que para su definición integral es necesario considerar diferentes criterios y saber que éstos siempre obran simultáneamente y en conjunción. Ellos son los objetivos, los subjetivos y los socioculturales. Entre los primeros, los objetivos, figuran el criterio morfológico o equivalente a carente de lesión, el etiológico o exento de todas las causas externas o internas que impiden la vida normal o provocan la enfermedad, el utilitario o de utilidad para el buen cumplimiento de alguna actividad social, el conductual o de buena integración social. En

los segundos, los subjetivos, y sabiendo que la edad, el sexo, la pertenencia a un grupo humano determinado, la situación histórica y social, la personalidad y el momento biográfico son elementos moduladores, figuran la conciencia de la propia validez, el sentimiento de bienestar psicoorgánico, la seguridad de poder seguir viviendo, la libertad respecto del propio cuerpo, el poseer un sentimiento de básica semejanza vital con los demás y tener la posibilidad de gobernar sueltamente el juego vital de la soledad y la compañía. Entre los terceros, los socioculturales figuran razones de ética individual y social, de índole histórico y cultural y de grupo social y sensibilidad personal. (Laín, P. 1984).

Definidos así los criterios de salud es oportuno decir que todo hombre ante la pregunta ¿la salud para qué? reconoce en ella una condición para la vida y para la libertad (Laín, P. 1984).

La salud es, en suma, un hábito psicoorgánico al servicio de la vida y la libertad de la persona, y consiste tanto en la posesión de esa normalidad, como en la capacidad física para poder realizar con la mínima molestia, con el daño mínimo y, si fuese posible, con bienestar o gozo verdaderos, los proyectos vitales de la persona en cuestión. (Laín, P. 1984).

Aceptados estos criterios sobre la definición de la salud es claro entonces que una "buena salud" es, pues, una salud relativa y que toda salud es por esencia relativa a lo que se encuentra en el cuerpo del sujeto sano, al modo como éste lo vive y a lo que con él quiere y puede hacer.

De la enfermedad humana se puede decir que es un modo afflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psico-orgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo afecto y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal) (Laín, P. 1984).

Así pues salud y enfermedad no sólo son categorías orgánicas, fisiológicas o naturales, sino también sociales y políticas, entendiéndose como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad. Ejemplos de la influencia de lo político en las definiciones de salud y enfermedad es la historia de la definición de homosexualidad como enfermedad o como conducta diferente, la silicosis como enfermedad profesional o no y el aborto como un crimen o no. (López-Piñero; Terrada 2000).

La concepción de salud y enfermedad ha ido cambiando y evolucionado históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político.

En cuanto a la salud pública lo primero que hay que decir es que ella no es una rama de la medicina, aunque los conocimientos médicos hayan influido e influyen enormemente en ella, y que ella está determinada principalmente por fenómenos históricos, sociales, culturales, políticos, económicos propios de cada sociedad, más que por fenómenos de orden biótico y abiótico. (Martínez-Navarro, F; Antó, J M; Castellanos, P.L; Gili, M; Maset, P; Navarro, V. 1998)

Al recabar la mayor influencia de los fenómenos sociales sobre la salud, es decir, al marcar más la influencia del ambiente social, la medicina europea de la Ilustración del siglo XVIII y de los grandes movimientos obreros y campesinos del siglo XIX, estableció una diferencia marcada con el tradicional ambientalismo hipocrático, que jamás cuestionó la esclavitud en la que le correspondió vivir, y dio lugar, así, al nacimiento de la Policía médica, de la mano de Johan Peter Frank y a la medicina social, del emblemático Rudolph Virchow.

Hoy, principios del siglo XXI, podemos concebir la medicina social a manera de un sujeto que desde el campo del saber médico, piensa en la forma cómo los fenómenos histórico, social, cultural, político y económico en relación con los ambientes bióticos y abióticos, obran sobre los colectivos y personas. Es por esta reflexión continua sobre los determinantes sociales de la salud, en los dife-

rentes espacios y temporalidades, que la salud pública tiene una relación estrecha con la geopolítica

### UN MODELO DE LAS ETAPAS DE LA HISTORIA EPIDEMIOLÓGICA. EL CASO COLOMBIANO

Hechas estas precisiones de orden general se asume como modelo posible de una interpretación de la historia epidemiológica de ese país latinoamericano, el que el autor tuvo oportunidad de desarrollar hace varios años. En este modelo la etapa Prehispánica —desde hace 13.000 años antes del presente hasta el siglo XVI— se considera como la del aislamiento de los grandes focos de enfermedades infecciosas del Viejo Mundo; la Conquista española como la etapa de la guerra de tierra arrasada y del comienzo del impacto biológico tras la confrontación con el Viejo Mundo; la de la Colonia como la etapa de la servidumbre y la esclavitud y definitiva siembra de los nuevos gérmenes; los primeros 131 años de vida independiente como la etapa de la apertura del mercado, las vías de comunicación, el transporte, los procesos de colonización, ocupación de varios espacios nacionales, las guerras civiles, la urbanización y dispersión de varias de las enfermedades; y los últimos 51 años como la etapa de la violencia y la corrupción generalizadas al tiempo que el establecimiento definitivo de la transición demográfica y epidemiológica (Sotomayor, H. 1995, 1999)

Es claro que en este modelo se puede ver como, hasta el siglo XVI las fuerzas tribales fueron las responsables de políticas sobre determinados espacios; las fuerzas españolas a partir del siglo XVI hasta comienzos del siglo XIX; las fuerzas, ya propiamente colombianas, en los últimos 182 años, en un proceso lento y difícil de creación y fortalecimiento de un aparato estatal, en medio de un ámbito político internacional dominado hasta la Primera Guerra Mundial por potencias europeas diferentes a España y por un papel cada vez más creciente de los Estados

Unidos desde el final de ésta, hasta convertirse en la potencia dominante en la actualidad, tras derrumbarse el bloque soviético.

En los pasados siglos XIX y el XX, cuando las naciones latinoamericanas se independizaron y crecieron como Estados soberanos, se dio simultáneamente la eclosión extraordinaria del conocimiento científico médico y comenzó a jugar un papel, no siempre relevante, a nivel internacional y nacional, la medicina social.

### SIEMBRA, CULTIVO Y DISPERSIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Hoy se sabe que las enfermedades infecciosas, se han dispersado a lo largo de todo el mundo desde los focos de gran concentración a las áreas vírgenes y distantes, siguiendo a los mercaderes, a los misioneros y a los militares, y que en los últimos años a esos tradicionales grupos humanos se les han sumado los turistas. Hoy también se sabe que los países dominantes siempre han buscado transformar para su beneficio las condiciones sociales, económicas y culturales de las regiones a donde se han expandido, creando siempre pobreza, hambre, destrucción cultural y serios problemas de orden sanitario que han servido de terreno favorable para la siembra de los nuevos gérmenes.

A la llegada de los españoles la población nativa americana comenzó, por obra de la importación de enfermedades infecciosas de Europa y África, principalmente las de transmisión respiratoria, del hambre y la alteración de las culturas aborígenes, a sufrir lo que se ha llamado la catástrofe demográfica.

Después del largo período de tres siglos en que la mayoría de las enfermedades del Viejo Mundo, llegaron al Nuevo Mundo y que muchas de ellas, principalmente las de transmisión por vectores, alimentos y agua y por piel y mucosas ya se habían establecido en éste, en especial en las regiones y provincias en donde las condiciones sanitarias se desplomaron como consecuencia de la destrucción de la cultura indígena y por las

condiciones de vida en que tuvieron que vivir los africanos, aparecieron, al ritmo de crecimiento de mercado, las pandemias de cólera, en 1848 y 1991 y a partir de 1980, del sida.

Si aceptamos entonces que fueron las enfermedades de transmisión diferente a la aéreas, las que tomaron un carácter de endémicas, gracias a las circunstancias sociales arriba anotadas y a otras de orden ecosistémico, es importante referirnos a éstas.

Establecidas aquellas durante el régimen colonial, la historia señala que en los siglos XIX y el XX varias de estas enfermedades comenzaron a dispersarse por toda la geografía del continente, Colombia en particular, en la medida que se dieron los procesos de colonización de tierras, de bonanzas de productos agrícolas y mineros - petroleros, las guerras, se mejoraron las vías de comunicación y los nuevos sistemas de transporte favorecieron el desplazamiento de una región a otra de un número mayor de personas.

Se sabe que con el tráfico negrero llegó a América la uncinariasis por *Necator americanus*, probablemente la amebiasis, con seguridad el paludismo por el *Plasmodium falciparum*, las filariasis *Onchocerca volvulus* y *Wuchereria bancrofti*, la esquistosomiasis por *Schistosoma mansoni*, que con los africanos esclavizados llegó, aunque no prosperó en forma importante en América el gusano de Guinea, *Dracunculus medinensis* y que con ellos también llegó el pian —aunque ya se conocían las treponemosis en América—, y aunque no de forma exclusiva de mano de los africanos esclavizados, el bacilo de *Hansen*. El paludismo por *Plasmodium vivax* debió ser portado principalmente por los españoles. Pero este efecto de siembra de nuevos gérmenes prosperó gracias a las terribles condiciones de hambre, hacinamiento y, por qué no decirlo de melancolía, que impuso la esclavitud, en medio de un clima semejante al de África subsahariana y para el caso del *Necator americanus*, por la temprana importación y adaptación del cultivo del plátano, principalmente en los alrededores de los Reales de Minas y los otros

lugares que habitaron los negros cimarrones y libertos (Sotomayor, H. 1995).

De estas enfermedades se sabe que la *Wuchereria bancrofti* fue un problema bien importante en la costa Atlántica colombiana hasta los años cincuenta; que hoy todavía existe un foco de *Onchocerca volvulus* entre las poblaciones negras de la localidad del pacífico, de López de Micay; que la dracunculosis sólo fue un problema de los negros bozales, mas no de los criollos; que la esquistosomiasis en América del Sur sólo es un problema de salud pública en Venezuela y en el nordeste brasileño, de gran presencia negra; que el *Plasmodium falciparum* aunque sigue teniendo en Colombia sus dominios en la costa Pacífica, donde hoy todavía habita la mayor población negra en Colombia, se ha dispersado por todo el país siguiendo las vías de penetración y las migraciones internas; que la amebiasis se convirtió en un problema, como dicen los epidemiólogos, cosmopolita, en la medida que la suciedad y la contaminación de aguas y alimentos se volvió cosmopolita; que el pian fue un problema gigantesco en el litoral Pacífico hasta su erradicación con la penicilina en la década de los cincuenta y que la lepra, durante todo el período colonial, de tráfico negrero, tuvo en Cartagena, el puerto negrero por excelencia, su principal foco hasta que comenzó a dispersarse a través de los champanes siguiendo la vía del Magdalena para llegar al bello y activo puerto fluvial de Mompos, de donde se dispersó siguiendo los avatares económico sociales, de finales de la vida colonial y comienzos de la vida republicana, al Socorro y otras partes de la vertiente occidental de la cordillera oriental siguiendo los caminos de la época que comunicaban esa población con el resto de la región.

La lepra después de sembrada en Cartagena por los españoles y africanos esclavizados, se estableció al compás de los procesos del hambre, la mala higiene y el hacinamiento en varias regiones rurales del país, principalmente en la de los climas fríos donde la gente ya usaba vestidos de lana y se había tornado más sucia gracias a las trans-

formaciones sociales impuestas por el dominio español. La lepra lo mismo que el bocio endémico se dispersó a varias regiones del país cabalgando sobre las transformaciones culturales, que introdujo el régimen colonial de servidumbre y esclavitud, entre los que figuran el hambre y los fenómenos de mala higiene para la lepra, y la pérdida de los hábitos alimenticios y conocimientos chamánicos, para el bocio endémico. (Sotomayor, H; Pérez, M. 2001)

De las enfermedades infecciosas de transmisión respiratoria como la viruela y el sarampión se puede decir que ellas fueron causas determinantes de la catástrofe indígena de los siglos XVI a XVIII y de alta mortalidad y morbilidad de la ya mestizada población colombiana hasta cuando la vacunación comenzó a controlarlas; de las enfermedades de transmisión por vectores, y por alimentos e hídricas que ellas aunque aparentemente fáciles de controlar no lo han sido radicalmente porque las condiciones mínimas de bienestar económico y social no las han podido disfrutar una importante cantidad de los latinoamericanos, colombianos en particular, que habitan los campos y las zonas marginales de muchos municipios; de las antropozoonosis, como la Leishmaniasis y el Chagas, éstas si nativas de América, que ellas han afectado y seguirán afectando a todos los colombianos que en sus olas de expansión colonizadora y tras las riquezas de las selvas o siguiendo las necesidades que dicta la guerra de guerrillas, ingresan a los hábitats de sus hospederos definitivos; y de las enfermedades transmitidas por la piel y mucosas, en especial las enfermedades venéreas que aunque todas ellas, a excepción del VIH, pueden ser tratadas todavía con los antibióticos, su control es difícil en las circunstancias de guerra y desplazamientos, y de procesos de colonización activados por los sueños de dinero rápido y abundante, a pesar de todas las campañas educativas e informativas que sobre ellas existen y porque sobre las conductas sexuales tienen a la larga más y profundos efectos los discursos morales y religiosos que las recomendacio-

nes preventivas de la ciencia. (Buck, C; Llopis, A; Nájera, E; Terris. 1991).

Entre las muchas enfermedades introducidas del Viejo Mundo a América y que se establecieron en estos lares tras el fenómeno fundacional dado a lo largo de los siglos XVI, XVII y XVIII, es interesante la historia de la fiebre amarilla, ya que ella lo hizo en la costa Atlántica colombiana y en todo el Caribe sólo cuando las condiciones militares lo permitieron. La fiebre amarilla urbana se apoderó de los puertos fortificados y abastecidos con depósitos de aguas para enfrentar a los enemigos de España. En Colombia el primer brote de esta enfermedad bien documentado data de 1651, después de 68 años de iniciadas las fortificaciones en Cartagena tras el destructivo ataque de Francisco Drake en 1585 y de 3 años de haberse iniciado la epidemia en Yucatán. (Sotomayor, H. 1997)

Se sabe que la fiebre amarilla urbana, con su vector africano *Aedes aegypti*, azotó al interior del país en 1830, sólo 5 años después de haberse iniciado la navegación a vapor por el río Magdalena y sólo 11 años después de iniciados los cambios económicos generados por la Independencia que tanto favorecieron las migraciones a localidades como Honda y Ambalema; que la fiebre amarilla se presentó en el Alto Putumayo muy poco tiempo después que éste fue surcado por primera vez, por Rafael Reyes, por buques a vapor en 1875, cuando ya la brasileña Manaos y la peruana Iquitos eran focos importantes de esta enfermedad y que ésta no fue un problema importante a lo largo del río Meta durante todo el siglo XIX posiblemente por la poca importancia de la navegación a vapor de ese río y la escasa población colonizadora en sus riberas, a diferencia de lo que ocurrió con Cúcuta de finales del siglo XIX y principios del siglo XX que por su necesidad de sacar primero quina y luego café estableció comunicación con el golfo de Coquibacoa o de Maracaibo a través de la navegación de barcos de vapor por los ríos Zulia, desde Puerto Villamizar, y Catatumbo, en la cuenca marabina, desde finales del

siglo XIX y luego se conectó con aquel Puerto a través del ferrocarril durante la expansión ferrocarrilera nacional del período de 1922 a 1934.

El levantamiento de la red ferroviaria que conectó el río Magdalena con varias partes del país también favoreció la dispersión de enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla y la uncinariasis como está bien documentado en los trabajos del ferrocarril de Antioquia. En la medida que la red ferroviaria fue expandiéndose y los procesos de colonización siguieron se favoreció la diseminación de varias enfermedades como fue el caso de la uncinariasis, que tanto afectó a los cultivadores de café y en general a los campesinos descalzos, en los departamentos de los Santanderes, Cundinamarca y toda la zona de la llamada colonización antioqueña de la segunda mitad del siglo XIX, norte del Tolima, norte del Valle del Cauca, Caldas y Quindío.

Tras la introducción de la navegación a vapor y de la expansión de los ferrocarriles, le siguieron en el tiempo como vehículos eficientes en la dispersión de las enfermedades, durante todo el siglo XX, las carreteras, las exploraciones y explotaciones petroleras y la aviación.

#### LA MIRADA A LA PERIFERIA DESDE LOS CENTROS DEL PODER

El imaginario del europeo en general y del español en particular, relacionado con la posesión demoníaca, la guerra a las idolatrías y la casería de brujas conformaron durante la conquista y la colonia una concepción que tuvo que ver con las entidades del bien y el mal encarnadas en Dios y su opuesto, el diablo. Esta concepción terminó marcando el cuerpo del indígena, el del negro y el del mestizo. Mientras que el mal en España era personificado por los musulmanes, los judíos y los protestantes, en las colonias españolas todo ese "mal", se transfirió a los indios y a los negros. El español veía en los comportamientos de los indígenas y de los negros un riesgo para su monoteísmo y para

su alma. El negro, contrario y opuesto al blanco, se convirtió en el terreno propicio para representar a lo profano, a lo sucio, al pecado, a la trasgresión, a la oscuridad, etc.; a él se le adjudicó el imaginario español correspondiente al sistema simbólico de la brujería y la magia. (Borja Gómez, J. 1998)

Por ser la historia del poblamiento del territorio americano en general y Colombia en particular, a partir de la Conquista española, un fenómeno dirigido por los "blancos" a expensas de los territorios indígenas "baldíos", es necesario entender que aquellos siempre buscaron ubicarse en las regiones de climas más parecidos a los suyos —los climas templados y de montaña—, con mayores facilidades comerciales, —los puertos— y con más poblaciones aborígenes a quienes explotar, al mismo tiempo que evitaron las regiones con los climas muy cálidos, aisladas del comercio y con comunidades indígenas difíciles de someter.

La aproximación a determinadas regiones geográficas de Colombia ha estado dominada por los imaginarios que los países del centro han tenido del conjunto de Latinoamérica, por estar ésta ubicada en la región tropical y en el cinturón ecuatorial y ser periférica para sus intereses. Así como para los europeos de los siglos XVI al XIX, América era un conjunto de regiones habitadas por antropófagos e incivilizados salvajes, los colonialistas franceses, de principios del siglo XX, le asignaron al trópico americano el cometido de guardar a los peores criminales de su terruño, fundando el penal de Cayena en la Guayana. Al repetir los latinoamericanos esa mirada europea sobre lo propio, los colombianos construyeron los penales de Mocoa, en la Amazonia, y Acacías, en la Orinoquia, a principios del siglo XX y el del Aracua, en la Amazonia, en la década del treinta, sin medir las consecuencias de esto, que como en el caso del último penal señalado parece que contribuyó significativamente a la iniciación y/o dispersión de la hepatitis B en la región amazónica colombiana. (Gómez A; Sotomayor, H; Lesmes Ana. 2000).

En la relación de poder entre los países del centro y los de la periferia, el área de la medicina también se ha visto atravesada por los intereses de los más fuertes. Es así como éstos a finales del siglo XIX acuñaron el término de enfermedades tropicales a las enfermedades que ellos sembraron en varias partes del mundo, principalmente en América, y como, a finales del siglo XX la política externa de la potencia dominante insiste en ver el consumo de sustancias psicoactivas en su territorio, como consecuencia del envenenamiento y la maldad de las gentes de los países de Suramérica, especialmente Colombia, y no como un problema de salud pública en su interior y de su propia dinámica como sociedad.

Los europeos siguen viendo a los países latinoamericanos como lugares de exotismo, guerras y mercados que aprovechar en función de sus necesidades económicas y políticas.

### GUERRAS, ECONOMÍA EXTRACTIVA, Y ENFERMEDADES

Las múltiples guerras civiles del siglo XIX, guerras de posiciones, que se dieron en los diversos países latinoamericanos, principalmente en Colombia, además de contribuir a diseminar y difundir la fiebre amarilla y el paludismo, contribuyeron, y en mucho, a las disenterías que tanto afectaron a las tropas y poblaciones a donde llegaban éstas, principalmente a lo largo de la gran arteria fluvial de paz y guerra colombiana, el río Magdalena. La guerra fratricida, de baja intensidad de fuego, criminal y cobarde que hoy se libra en ese país, por utilizar básicamente la táctica de guerra de guerrillas y tener como teatro de operaciones varias zonas selváticas y húmedas ha convertido a la Leishmaniasis en un serio problema entre los combatientes.

La vieja historia latinoamericana de los "El Dorados" se ha hecho de nuevo realidad en Colombia desde cuando la sociedad estadounidense comenzó a percibir que la guerra que libraba en el Vietnam no la iba a ga-

nar y cuando sus soldados desmoralizados y derrotados comenzaron a retornar a su país. A partir de las necesidades de evasión emocional y de salud de esos grupos de veteranos, y luego de cada vez mayor número de personas atrapadas en esa sociedad desmoralizada y atrapada en la acelerada sociedad de máximo consumo, hicieron que aumentaran las demandas por sustancias psicoactivas. Primero comenzaron con la marihuana y luego siguieron con la cocaína y la heroína. Fue así entonces como una historia de desesperanza y salud mental y de acelerado mercado de una nación central, se convirtió en un problema sociopolítico, económico, militar y moral en la Latinoamérica periférica.

Todo parece indicar que así como el café se ha considerado el estimulante necesario para mantener a las personas lo suficientemente activas en el mundo capitalista, la cocaína lo está siendo en lo que se ha llamado la sociedad postmoderna o globalizada.

En esta nueva realidad del centro del poder internacional, una nación periférica, Colombia, lentamente comenzó a convertirse en abastecedor de materia prima para las demandas del nuevo mercado internacional, primero a través de bandas de simples delincuentes y luego, por los cambios políticos internacionales que generaron la disolución de la URSS, del Pacto de Varsovia y el debilitamiento de Cuba, con la participación de las guerrillas y las "autodefensas".

Estas bandas de guerrilleros y "autodefensas", al depender para su sostenimiento y mantenimiento del dinero del narcotráfico, no han hecho en la práctica sino de nuevo atar a ese país, al atávico papel de periferia enriquecedora de los centros de poder.

Como los "señores de la guerra" actual para mantener a sus tropas han debido acudir al narcotráfico y al secuestro para poderse mantener, ellos además de generar destrucción de varios ecosistemas de tierras frías y cálidas, han expuesto a todos los colombianos por las acciones propias de la guerra, del flujo y reflujo de personas por nuestras fronteras del sur y oriente, a entrar en con-

tacto con los focos de peste del Ecuador y el Perú y de oncocercosis en los límites de Venezuela con el Brasil, y los han hecho retroceder a la esclavitud con todas las consecuencias que tiene para la salud la pérdida de la libertad. Los homicidios por la guerra y la violencia en general se convirtieron en la primera causa de defunción entre los hombres a partir de los inicios de los ochenta, hasta llegar a representar, en 1991 el 27.4% del total de defunciones. Guerra y violencia cobran cada día más un mayor porcentaje de efectos desastrosos sobre las mujeres y niños.

Los intereses geopolíticos de la guerrilla y las "autodefensas", sus necesidades estratégicas y logísticas militares, además de todos los fenómenos de desmoralización, violencia, hambre, pobreza y enfermedad que han generado, paradójicamente, principalmente en el caso de las guerrillas, no han logrado sino fortalecer la economía de los centros de poder y debilitar la situación política nacional. Por estas razones al depender del narcotráfico, las guerrillas y las "autodefensas" se han convertido en reales fuerzas sociales retardatarias y políticamente reaccionarias a pesar de sus declaraciones y aparentes contradicciones. Los extremos siempre se tocan.

La guerra de tierra arrasada iniciada por los españoles en contra de los indígenas en el siglo XVI, además del hambre que generó tuvo en las enfermedades de transmisión sexual, principalmente en la sífilis, también su expresión. La presencia española por ser casi que exclusivamente de varones, debió, antes de lograr los réditos económicos buscados por esos aventureros, cubrir sus necesidades alimenticias y sexuales a costa del robo de alimentos y seducción, asalto o entrega de las mujeres indígenas. Todas las guerras al depender de la fuerza de los varones siempre han sido causa de dispersión de las enfermedades de transmisión sexual entre la tropa y las mujeres de los sitios a donde llegan los ejércitos y las guerrillas. Hoy además de las tradicionales enfermedades venéreas, la guerra que se libra en Colom-

bia, con seguridad es un factor de dispersión de la nueva enfermedad, el sida. La guerra ha sido uno de los fenómenos sociales que han hecho que aumente el fenómeno de la orfandad y de hogares destruidos con su secuelas de maltrato infantil y desnutrición.

Si hacemos una comparación crítica, en el área de la salud y enfermedad, de la historia de 182 años de vida republicana colombiana, se puede ver sin mucha dificultad que los costos en términos de mortalidad y morbilidad de todas las guerras de todos los colores y pelambres, de ese país, supera con creces los terribles efectos de la sumatoria de todos los tipos de desastres naturales que lo han azotado en este lapso de tiempo, y que con seguridad todas esas guerras han generado más desplazados, desesperanza y pobreza que terremotos, erupciones volcánicas, maremotos, deslizamientos e inundaciones juntos.

La economía extractiva ya sea la que se dio de productos silvestres como la quina, en el siglo XIX y el caucho siglos XIX y XX, la de cacería de animales salvajes como las garzas, los tigres, los chigüiros, los caimanes, la de productos mineros como el oro y el petróleo (Ocampo, José Antonio. 1984) o la de cultivos como la coca y la amapola, al ser llevados principalmente por los hombres ha hecho de las regiones en donde ella ha florecido lugares de gran circulación de dinero en efectivo, al tiempo que lugares donde los negocios que más han prosperado han sido las barras de aguardiente y todo tipo de otras bebidas alcohólicas y la prostitución y en donde las enfermedades de transmisión sexual y la violencia asociada al alcohol, y el abandono o desatención de los hijos siembran sus dominios. Esas explotaciones silvestres de quina y caucho y los cultivos de cacao en varias partes de Colombia en el siglo XIX, con seguridad favorecieron, lo que se conoció, a finales del siglo XIX, como la marranas de Vélez, y desde comienzos del XX como Leishmaniasis.

Pero no ha sido sólo la inercia de la economía extractiva la responsable de estos

males. A los sistemas de contratación permitidos por el gobierno, como los que practican las compañías petroleras, también les cabe una gran responsabilidad por generar una gran inestabilidad laboral e impedir asentamientos humanos con futuro, finalizados los trabajos de exploración y explotación petroleras.

La economía extractiva de la quina y principalmente del caucho y la presencia militar en regiones alejadas del centro de Colombia, como la Orinoquia y la Amazonia, generó no pocos casos de beriberi entre los hombres que hicieron presencia en esas zonas por el desconocimiento de éstos sobre esas regiones, así como importantes catástrofes demográficas entre las poblaciones indígenas de esos territorios. Recuérdese lo que significó para los aislados nativos del alto Vaupés y Unilla, los Nukaks, el contacto con los "civilizados" colonos a partir de finales de la década del ochenta del pasado siglo XX.

En el altiplano cundiboyacense, en el centro de Colombia, en el siglo XIX, en la medida que el proceso de enajenación de las tierras de los resguardos indígenas se dio y la migración a Bogotá comenzó, hizo que la pelagra y el alcoholismo se convirtieran en un problema de salud pública en la medida que la chicha de maíz fue la fuente casi exclusiva de alimentación. (Sotomayor, H 1997).

A la ausencia o escasa presencia del Estado en varias regiones de ese país, al permitir que los particulares se apoderen de zonas o manejen los recursos naturales como mejor les parezca, parece que le cabe una gran responsabilidad en el foco de parapsoriasis espástica detectado en el Bajo Patía en el Pacífico. "En 1973 un maderero abrió un canal entre los ríos Patía viejo y Sanquianga. Por este canal que luego llevaría el triste nombre de quien lo construyó (canal Naranjo), se fue gran parte del río Patía lo que aisló una extensa zona y causó un enorme desequilibrio de los ecosistemas de la región comprendida entre Tumaco y Satinga; miles de manglares desaparecen. Precisamente en

esta región se presentó la más alta incidencia relativa de casos de PET en el mundo. La mayoría de los casos iniciales (90%) de la PET en la costa Pacífica vivían entre Tumaco y Bocas de Satinga. Después de varios años comenzó el tráfico viral con el comercio y con la mejoría del transporte. Los enfermos con la PET empezaron a migrar a las otras áreas endémicas de la costa Pacífica, Guapi y Buenaventura, para después continuar a las ciudades vinculadas a estas regiones como Pasto, Popayán y Cali. De allí se está distribuyendo lentamente la PET al resto del país" (Zaninovic Marulanda, Vladimir. 1997).

La necesidad de algunas familias pobres de mantener, a lo largo de los tiempos, unos terrenos en permanente subdivisión, lo que ellas consideran un privilegio, con seguridad es la razón histórico-social que ha facilitado los procesos endogámicos, para que se hayan dado, dos grandes focos de enfermedades genéticas en Colombia: el raquitismo resistente a la vitamina D y el síndrome de X-frágil, el primero en La Toma, jurisdicción del municipio de Suárez, al norte del actual departamento del Cauca y el segundo en el corregimiento de Ricaurte al norte del Valle del Cauca. (Giraldo, A y cols. 1995) (Payán Cesar; y cols. 2000).

#### **MODERNIZACIÓN, TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

Con el proceso de expansión de la red ferroviaria en la década del veinte y luego el comienzo de la red de carreteras y el transporte automotor por ellas, el aislamiento de las regiones latinoamericanas comenzó lentamente a superarse, encontrando, así, las enfermedades formas más eficientes y rápidas de dispersión. Baste para esta afirmación comparar los tiempos de desplazamiento que hay hoy en día entre las ciudades y las que había que recorrer en 1901. En la Nueva Geografía de Colombia de Vergara y Velasco escrita a finales del siglo XIX y que salió publicada en 1901, aparecen las distan-

cias entre las ciudades del interior del país expresadas en tiempos de viaje a caballo o en mula y de la que anotamos las siguientes: Bogotá a Neiva: de 9 a 10 días, Neiva a Popayán: de 7 a 9 días.

Popayán a Pasto: de 7 a 9 días, Pasto a Cali y a Buenaventura: 9 días.

Pasto a Ipiales: 3 días, Neiva a Ibagué: 7 días. Popayán a Buga: 8 días, Buga a Cali: 3 días. Cali a Buenaventura: 4 días, Medellín a Ayaapel: 13 días.

Zipaquirá a Chiquinquirá: 2 días, Socorro a Bucaramanga: 3 días.

Tunja a Bogotá: 3 días (Poveda-Ramos, Gabriel. 1998).

Hoy el tiempo de viaje por carretera entre Tunja y Bogotá es de 2 y media horas, entre Bogotá y Medellín es de 8 horas, entre Neiva e Ibagué es de 2 horas, entre Cali y Buenaventura es de 3 horas, mientras esas distancias se recorren en muchísimo menos tiempo por avión.

El desarrollo de los medios de transporte y de las vías de comunicación que el mundo vio a lo largo del siglo XX, fue lo que permitió que la segunda epidemia de cólera que presenció Colombia, a partir de 1991, se dispersara rápidamente desde su foco inicial, en Tumaco, a lugares tan distantes como Barranquilla y a la región del Amazonas, en contraste con la menor rapidez con que la primera epidemia de esta enfermedad lo hiciera a partir de Cartagena en 1848; estos avances son los responsables de que en sólo 20 años del primer caso de Sida en Colombia, documentado en Cartagena, hayamos pasado hoy, según recientes estimaciones del Ministerio de Salud, a más de 20.000 casos de VIH comprobados o más de 200.000 estimados.

Además de la influencia del progreso de las vías de comunicación y los medios de transporte sobre la diseminación de las enfermedades ya consideradas, éste también ha contribuido positivamente y en forma significativa, en conjunción con los otros procesos de modernización que han vivido los diferentes naciones latinoamericanas —el

comienzo de la industrialización, la ampliación de la base educativa y la mejoría de su calidad, así como la de los servicios en general y los sanitarios en particular— a que ocurrieran los fenómenos de transición demográfica que tanto diferencian el siglo XX, de los anteriores. Colombia al iniciar el siglo XX con tasas anuales de crecimiento bajas y constantes, del 2%, producto de unas tasas de natalidad y mortalidad altas y constantes, y terminarlo con tasas anuales de crecimiento también bajas y decrecientes, del mismo 2%, producto de unas tasas de natalidad y mortalidad bajas y decrecientes, y al pasar de una tasa bruta de mortalidad 23 por mil entre 1905-1912 a una de 6 por mil en 1985-1993, conformó de esta forma lo que se ha llamado la "transición demográfica" (Flórez, Carmen 2000).

La población colombiana aumentó de 4.737.588 en 1905 a 37.422.791 en 1993, y cambió su distribución por edades; en 1938, la población urbana era menos de la mitad de la población que vivía en el campo y en 1993, la población del campo era menos de la mitad de aquella que vivía en las zonas urbanas, invirtiéndose así, completamente la distribución de la población entre áreas urbana y rural gracias a la transferencia neta de población rural a las localidades urbanas. En los períodos de 1951-64 y 1964-73 se aceleró el proceso de urbanización (Flórez, Carmen 2000).

Las condiciones físicas de Colombia, la dispersión de la población y las precarias condiciones de las vías de comunicación interregionales existentes a mediados del siglo XX, contribuyeron a la concentración de la migración en las cuatro ciudades Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla y a la configuración de cuatro cuencas migratorias alrededor de ellas. Las cuatro grandes ciudades han concentrado la mayoría de las migraciones internas del país. En 1973, estas ciudades absorbieron más de la mitad, 60% de todas las migraciones internas. En 1905 sólo Bogotá superaba los cincuenta mil habitantes y la capital concentraba el 2.5% de la población del país, y las siguientes tres

ciudades tenían en conjunto otro 2% de la población total. A partir de 1938 y hasta 1973 aumento la concentración urbana. Así, mientras en 1938, Bogotá representaba el 4% de la población total del país, en 1973 tenía casi el 12%, es decir, triplicó su participación. Las siguientes tres principales ciudades, Medellín, Cali y Barranquilla, mostraron también una dinámica demográfica alta. En conjunto, las cuatro ciudades pasaron de tener el 9% al 25% de la población, durante el mismo período de 26 años, formando así lo que se llamó cuadricefalia. En 1993, la primacía de Bogotá era manifiesta: concentraba el 15% de la población del país, mientras en las cuatro principales ciudades el 27%. En 1993 residía algo más de una quinta, 21%, parte de la población urbana del país en Bogotá, mientras en la Amazonia y la Orinoquía, que geográficamente conforman medio país, habitaban tan sólo el 5% de la población total. A pesar de la estabilidad relativa de las cuatro cuencas migratorias, y que los movimientos migratorios en Colombia se han caracterizado por ser principalmente de corta distancia, las corrientes migratorias recientes, del período 1988-1993, indican algunos cambios en la intensidad y dirección de los flujos migratorios. Parece que el proceso migratorio en el país tiende en forma lenta a volverse más desconcentrado. En este período sobresalen las corrientes hacia Casanare, Guaviare y Putumayo, con origen principalmente en el Meta y la región Pacíficas, corrientes que se asocian a los desarrollos petroleros recientes en el Casanare y a los cultivos ilícitos en Guaviare y Putumayo. Sin embargo, las corrientes recientes, asociadas a las explotaciones petroleras, el caso del Casanare, muestran un cambio en el origen: cobran importancia movimientos provenientes fuera del departamento, en su mayoría de departamentos costeros, implicando una migración de larga distancia. (Flórez, Carmen 2000). Lo anterior con seguridad ha tenido una consecuencia en enfermedades como el paludismo.

En los últimos 20 años, ha ocurrido una desaceleración de la tendencia de incremen-

to de esperanza de vida, debido al efecto de las muertes violentas, principalmente entre los hombres.

### COROLARIO

Dentro de la evolución del pensamiento geopolítico que se ha dado después de la disolución de la Unión Soviética y el consiguiente fin de la Guerra Fría, el concepto de seguridad nacional tan vinculado a la defensa territorial mediante el armamentismo, ha dado lugar al criterio de seguridad de la gente, a la seguridad hacia el desarrollo humano y a la seguridad alimentaria, en el empleo y el medio ambiente. Las condiciones de seguridad que debe entregar el Estado están constituidas por el conjunto de condiciones sociales, políticas, económicas, culturales e institucionales que garanticen el adecuado y normal funcionamiento de la comunidad y la convivencia social. Las Naciones Unidas desde 1994, han señalado que los criterios que deben garantizar la seguridad humana de las sociedades, se encuentran vinculados estrechamente a la percepción de inseguridad y a la satisfacción de necesidades básicas y que ellos suponen dos tipos de libertad: a) una población libre de temor y b) una población libre de carencias (Villanueva Ayón, Miriam 2000).

Al hablar de seguridad en la sociedad, se hace mención a una condición de sicología social acerca del temor y la forma en que es percibida la acción del Estado, lo cual incluye los aspectos señalados pero que asume una gama de otras expresiones que dan forma a la sensación de inseguridad, las que incluyen el terrorismo, las epidemias y epidemias de enfermedades infecciosas y nutricionales, o la drogadicción. Las condiciones de seguridad que requiere la sociedad moderna provienen principalmente del Estado, en un rol que le es tradicional, y de la sociedad civil en tanto expresa la diversidad de su composición en un ambiente de libertad para proyectar su propio desarrollo. El Estado moderno desde sus orígenes nos remite a la protección y garantía de aquellos

derechos que son inherentes al ser humano, como la libertad y la igualdad. Una de las principales características del Estado moderno, es el monopolio del uso de la fuerza y la coerción. El concepto de seguridad ciudadana establece un nivel de interacción entre ciudadano y Estado para obtener un bien deseable como es la seguridad (Villanueva Ayón, Miriam 2000).

En esta nueva perspectiva geopolítica, el papel del Estado en la salud pública retoma un valor extraordinario dentro del concepto de seguridad, la medicina social se enlaza claramente con la geopolítica moderna y la participación activa de la comunidad en la promoción de su salud es una condición indispensable para el avance social.

### Bibliografía

- Borja Gómez, Jaime. *Rostros y rastros del demonio en la Nueva Granada*. Ariel Historia. 1998. Santafé de Bogotá. 390 p.
- Buck, C; Llopis, A; Nájera, E; Terris, M. *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud. 1991. Washington.
- Flórez N, Carmen Elisa. *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia Durante el siglo XX*. Banco de la República, TM Editores. 2000. Santafé de Bogotá. 181 p.
- Giraldo, Alejandro y colaboradores. *Los niños del Cauca. Descripción de un foco de raquitismo dependiente de la vitamina D, tipo II*. Biomédica. 1995 Vol. 13 No. 3, 3-13.
- Gómez López, Augusto; Sotomayor Tribín, Hugo; Lesmes Patiño, Ana Cristina. *Amazonia colombiana: enfermedades y epidemias. Un estudio de bioantropología histórica*. Ministerio de Cultura. 2000. Bogotá 616 p.
- Lain Entralgo, Pedro. *Antropología médica*. Salvat Editores. S.A. 1984. España 510 p.
- López- Piñero J.M; Terrada, María Luz. *Introducción a la medicina*. Crítica. 2000. Barcelona, 295 p.
- Martínez Navarro, F; Antó, J.M; Castellanos, P.L; Gili, M; Marsel, P; Navarro, V. *Salud pública*. McGraw Hill- Interamericana 1998. España. 915 p.
- Ocampo, José Antonio. *Colombia y la economía mundial 1830-1910*. Siglo Veintiuno Editores 1984. Bogotá 456 p.
- Payán Cesar; Saldarriaga, William; Isaza, Carolina; Alzate, Alberto. *Estudio de foco endémico de retardo mental en Ricaurte, Valle*. Premio AFIDRO a la Investigación médica. 2000.
- Poveda-Ramos, Gabriel. *Vapores fluviales en Colombia*. TM Editores, Colciencias. 1998. Santafé de Bogotá. 542 p.
- Sotomayor-Tribín, Hugo. *África en Colombia: una historia paralela de cuatro parasitismos*. Medicina. Academia Nacional de Medicina No. 39 febrero 1995.
- Sotomayor-Tribín, Hugo. *Violencia, racismo e insalubridad en Colombia*. Medicina. Academia Nacional de Medicina No. 41 octubre 1995.
- Sotomayor-Tribín, Hugo. *Violencia, racismo e insalubridad en Colombia*. En Violencia vs. Creatividad. Tomo II Dinámica Mental. Editor. Guillermo Sánchez Medina. Guipe Internacional Colombia. Santafé de Bogotá. 3t pp. 138-141.
- Sotomayor-Tribín, Hugo. *Una historia epidemiológica de Colombia*. Enfoque epidemiológico de las grandes etapas históricas de Colombia. Temas Médicos tomo XV Academia Nacional de Medicina 1995.
- Sotomayor-Tribín, Hugo. *Guerras, enfermedades y médicos en Colombia*. Orion Editores Ltda. 1997. Santafé de Bogotá. 367 p.
- Sotomayor-Tribín, Hugo. *Arqueomedicina de Colombia Prehispánica*. Universidad Militar Nueva Granada. 1999. Santafé de Bogotá. 158 p.
- Sotomayor, Hugo; Pérez, Maritza. *Un estudio de historia y antropología médica del bocio endémico en la Nueva Granada a propósito de su representación artística en tiempos prehispánicos y en el siglo XIX*. Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales Vol XXV No. 95, junio de 2001, pp 161-178.
- Villanueva Ayón, Miriam. La seguridad humana: ¿Una ampliación del concepto de seguridad global? En Argentina Global No. 3 ( Octubre-Diciembre 2000).
- Zaninovic Marulanda, Vladimir. Investigación epidemiológica y virológica de la paraparesia espástica tropical. Hospital Universitario del Valle, Cali; 1994-1996. Obra ganadora del VIII Premio a la Investigación Científica Rhone-Poulenc Rorer, Academia Nacional de Medicina 1997. ( Archivo Academia Nacional de Medicina de Colombia.